RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL 1988-1989

Québec

90-02048/

Publié par le service des Communications
de la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Coordination de la rédaction
Gaëtan Hébert

Graphisme
Yolande Chatillon

Révision linguistique
Francine Labonté

Coordination de la production
Carole Doyon

Composition typographique
Caractéra inc.

Page couverture
Serge Lacroix, photographe

Impression
Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dépôt légal — 2e trimestre 1989
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-19665-1
ISSN 0225-8560

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec
Bureau du Président

Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec

Madame la Ministre,

Je vous soumets le rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1989.

Ce rapport a été préparé conformément aux dispositions de l'article 25 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*.

Veuillez croire, Madame la Ministre, en l'assurance de mon dévouement.

Le président,

Réjean Cantin

Sillery, le 14 juin 1989

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Cabinet de la Ministre

Monsieur Pierre Lorrain
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1989.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La ministre de la Santé et des Services sociaux,

Thérèse Lavoie-Roux

Québec, le 14 juin 1989

Message du président

La publication du présent rapport annuel marque un moment spécial, soit le 20e anniversaire de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, instituée le 13 juin 1969. À ses débuts, la Régie s'était vu confier l'administration de trois programmes, soit les services médicaux, les services optométriques et les services dentaires en milieu hospitalier. Les temps ont bien changé puisque l'organisme administre maintenant 22 programmes, certains ayant un caractère universel et d'autres s'adressant à des clientèles particulières.

Ce rapport, tout comme les précédents, comporte des renseignements sur le rôle de la Régie et son organisation, sur les données financières relatives aux programmes et aux frais d'administration, de même que sur les principales activités de l'exercice 1988-1989. Une description des programmes, des conditions d'admissibilité au régime, des ententes avec les professionnels de la santé et des mécanismes de contrôle apparaît en annexe.

Les faits saillants de l'exercice financier 1988-1989 peuvent se ranger sous trois rubriques: le coût des programmes, les modifications aux programmes et l'administration générale.

En 1988-1989, le coût des programmes administrés par la Régie s'élève à 2 400 M$, ce qui représente une hausse de 7,5 % comparativement à l'exercice précédent. Le coût du programme de services médicaux, qui équivaut à lui seul à près de 70 % du coût total des programmes, a augmenté de 7,6 %, celui des services optométriques de 6,7 %, celui des services dentaires de 2,3 %, celui des médicaments et des services pharmaceutiques de 15,2 % et celui des prothèses de 6,7 %. Les montants consacrés aux bourses de recherche ont connu une hausse de 8 %. Quant au coût des services hospitaliers et à celui des bourses d'études, ils ont diminué respectivement de 10,2 % et de 27,6 %. Les dépenses reliées aux mesures incitatives visant à favoriser une meilleure répartition géographique des médecins et des dentistes ont progressé de 20,2 %. De plus, une somme de 10 426 k$ a été versée aux médecins à titre de remboursement partiel de leurs primes d'assurance-responsabilité professionnelle.

Au chapitre des modifications apportées aux programmes, il y a lieu de souligner la mise en place de 14 modifications aux lois et règlements, de 11 amendements aux ententes et de 7 renouvellements d'ententes, de même que la conclusion de 6 accords administratifs. Dans le but de simplifier et de faciliter l'administration des programmes, un projet d'amendement à la *Loi sur l'assurance-maladie* a été déposé par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

Certaines données intéressant l'administration générale retiennent l'attention au cours de l'exercice 1988-1989.

En progression constante depuis les débuts de la Régie, le nombre de demandes de paiement provenant des dispensateurs de services assurés dépasse maintenant les 70 millions, soit une hausse de

5,7 % par rapport à l'exercice précédent et de 22,1 % en comparaison de l'exercice 1984-1985. Les demandes de remboursement ou de paiement traitées au profit des bénéficiaires et des établissements hospitaliers ont régressé de 1,8 % pour se chiffrer à 345 879. Le nombre de demandes de paiement traitées par employé se situe à près de 60 000, ce qui constitue une hausse de 7,8 % comparativement à l'exercice précédent.

Les frais d'administration de la Régie, qui représentent toujours 2,5 % du coût des programmes, s'établissent à 59,3 M$, soit une augmentation de 4,8 % par rapport à 1987-1988; depuis 1984-1985, ces frais n'ont augmenté que de 4,5 M$. D'ailleurs, les frais d'administration engendrés par le traitement d'une demande de paiement sont toujours en baisse et se situent maintenant à 0,84 $. Cette diminution, jointe à la progression du nombre de demandes de paiement traitées par employé, contribue à une augmentation moyenne annuelle de la productivité de 6,4 % depuis 1984-1985.

Pour traiter chaque jour des millions de données et assurer une administration efficace du régime d'assurance-maladie, la Régie a toujours privilégié l'informatique. Dans cette optique, beaucoup d'énergies ont été consacrées au développement de la facturation informatisée et à sa diffusion parmi les dispensateurs de services assurés. L'entreprise a eu des résultats concrets puisque 36,9 % des dispensateurs de services assurés utilisent ce mode de facturation (contre 35 % en 1987-1988) pour 48 % des demandes de paiement présentées à la Régie (contre 40,4 % en 1987-1988); il s'agit là d'une progression importante par rapport à l'exercice précédent. L'augmentation de la puissance de l'ordinateur central et l'expansion de la bureautique ne sont évidemment pas étrangères à cette réussite.

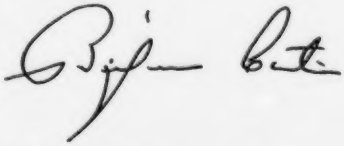
Je m'en voudrais, en terminant, de passer sous silence le travail remarquable accompli par tous les membres du Conseil d'administration. J'adresse des remerciements particuliers à ceux qui ont quitté en cours d'exercice, soit mesdames Aline Michaud et Louise Carrier-Rivard et messieurs Raymond Carignan, Jean-Marie Rodrigue, Normand Simard, André Brousseau, Pierre Beaudoin et Claude Rioux, ainsi qu'aux nouveaux membres qui ont pris la relève.

À mon prédécesseur, monsieur J.-Auguste Mockle, qui est parti en retraite au cours de mai 1989, après avoir travaillé à la Régie pendant les vingt dernières années et avoir contribué si brillamment à son développement, j'adresse des remerciements tout particuliers et mes meilleurs voeux.

Je remercie également toutes les employées et tous les employés de la Régie qui, grâce à leur dynamisme, à leur compétence et à leur intérêt, sont les premiers responsables de l'excellence des résultats obtenus. Grâce à eux et par eux, les bénéficiaires et les dispensateurs de services assurés ont pu recevoir des services courtois, efficaces et de qualité. Je leur en suis reconnaissant.

Au sortir de son adolescence, la Régie de l'assurance-maladie est en mesure d'aborder les années quatre-vingt-dix avec la plus grande assurance. Vingt ans d'excellence sont la garantie de sa réussite.

Le président-directeur général,



Réjean Cantin

Chapitre premier

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE

1.1 Le statut juridique de la Régie

La Régie a été instituée en 1969 en vue d'administrer le régime d'assurance-maladie. La Régie est une corporation au sens du Code civil; elle en possède tous les pouvoirs généraux et, en plus, les pouvoirs particuliers que sa loi constitutive lui confère.

La ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5), à l'exception de certaines sections du chapitre IV sur le financement de la Régie: la section I (contribution), dont l'application est confiée au ministre du revenu, et les sections II (Fonds des services de santé) et III (Fonds de roulement), au ministre des Finances.

La ministre de la Santé et des Services sociaux répond également devant l'Assemblée nationale de l'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* (L.R.Q., c. A-29), entrée en vigueur le 1er novembre 1970. À cette fin, elle est autorisée par le gouvernement à conclure des ententes avec les organismes représentant les professionnels de la santé. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à ce qu'elles soient respectées.

1.2 Le rôle et les fonctions de la Régie

La Régie a été créée pour administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre régime ou programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

Au regard de ce mandat, les grandes fonctions de la Régie peuvent se regrouper comme suit:

- Élaborer et tenir à jour un fichier des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de services assurés exerçant dans le cadre du régime d'assurance-maladie ou de tout programme que la Régie administre;

- Inscrire les bénéficiaires du régime et leur délivrer une carte d'assurance-maladie;

- Rémunérer conformément aux ententes les professionnels de la santé qui fournissent les services assurés ou rembourser aux bénéficiaires le coût de ces services, le cas échéant;

- Rembourser les bénéficiaires ou payer pour leur compte les autres dispensateurs qui fournissent des biens et des services couverts par la *Loi sur l'assurance-maladie* ou par des programmes confiés à la Régie par le gouvernement;

- Exercer les contrôles nécessaires au respect du régime d'assurance-maladie et des programmes qui sont confiés à la Régie;

- Organiser les activités de gestion et les opérations nécessaires à la bonne administration du régime d'assurance-maladie et des programmes qui lui sont confiés;

- Informer le public sur le régime d'assurance-maladie et tout programme administré par la Régie;

- Fournir les renseignements et publier les données statistiques sur le régime d'assurance-maladie et sur les programmes qu'elle administre;

- Collaborer avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et tout autre ministère ou organisme à la révision et à la modification, au besoin, du régime d'assurance-maladie, des programmes, des ententes et des accords;

- Élaborer, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, la réglementation nécessaire à l'application du régime d'assurance-maladie ou des programmes qu'elle administre.

1.3 Le Conseil d'administration de la Régie

Le Conseil d'administration de la Régie se compose de quatorze membres, tous nommés par le gouvernement.

Le Conseil d'administration de la Régie

MEMBRES[1]	MILIEU REPRÉSENTÉ
J.-Auguste Mockle Président-directeur général	
Claude Chicoine Paul Desjardins Clément Richer Robert Théroux Jean-G. Prud'Homme	Professionnels de la santé
Charles Chamard	Milieu hospitalier
Paul-G. Brunet	Consommateurs
Lionel Boulet Pierrette Rayle	Milieu des affaires
Francine Dufresne Henri Massé	Milieu du travail
Jean-Yves Légaré Robert Tremblay	Gouvernement
SECRÉTAIRE	
Denis Morency	

1. En fonction au 31 mars 1989. La vice-présidence est sans titulaire depuis le 10 décembre 1988.

Le Conseil d'administration exerce notamment les pouvoirs suivants: il adopte les règlements de régie interne ou tout règlement découlant de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec,* donne des avis sur des projets de règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* ou les recommande au gouvernement et approuve tout ce qui touche à l'administration supérieure de l'organisme, c'est-à-dire les objectifs généraux, le budget directeur et l'état de l'effectif, les politiques générales, les états financiers annuels, les baux et contrats dont la valeur globale est déterminée par résolution, les emprunts, la radiation de toute créance excédant le montant établi par résolution, la politique de placement à court terme.

1.4 Le Comité de vérification de la Régie

Le Comité de vérification, qui a à sa tête le président-directeur général de la Régie, se compose de deux membres du Conseil d'administration nommés par ce dernier, M[e] Paul-G. Brunet et le D[r] Clément Richer, et d'un directeur de la Régie désigné par le président, M. André Roy.

Le Comité de vérification a pour mandat:

- De conseiller le président-directeur général sur le choix des priorités d'intervention en matière de vérification interne ainsi que sur les plans annuels et à long terme de vérification interne;

- D'étudier le rapport annuel du service de vérification interne de la Régie (service de l'Évaluation des systèmes de gestion) ainsi que le rapport annuel du Vérificateur général et de voir si leurs recommandations ont été suivies.

Le Comité fait rapport de ses activités au Conseil d'administration.

Chapitre 2

LES DONNÉES FINANCIÈRES

2.1 Les sources de financement de la Régie

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

2.1.1 Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé en juin 1981 afin de pourvoir à une partie des besoins financiers de la Régie et du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'administration de leurs programmes. Il est alimenté par une contribution égale à 3,2 % de la masse salariale, que les employeurs remettent au ministre du Revenu et que le ministre des Finances répartit ensuite également entre la Régie et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministre des Finances ajoute périodiquement les sommes nécessaires à l'équilibre des revenus et des dépenses de la Régie, qu'il prélève sur le Fonds consolidé du Revenu.

2.1.2 Le gouvernement du Québec

Le gouvernement du Québec, par l'entremise de certains ministères avec lesquels la Régie conclut des accords, finance les programmes suivants:

- L'assistance-maladie, qui couvre les biens et services fournis aux bénéficiaires de l'aide sociale (ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu);

- Les services hospitaliers reçus hors du Québec, les médicaments fournis à certains bénéficiaires atteints de maladies graves ou chroniques ainsi que la rémunération des médecins résidents et des internes (ministère de la Santé et des Services sociaux).

2.1.3 La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail:

- Les paiements à l'acte pour les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* et de la *Loi visant à favoriser le civisme*;

- Les salaires et les vacations pour les services assurés en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

2.1.4 Les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec les services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

2.1.5 Les autres sources

Divers autres revenus contribuent au financement de la Régie, principalement:

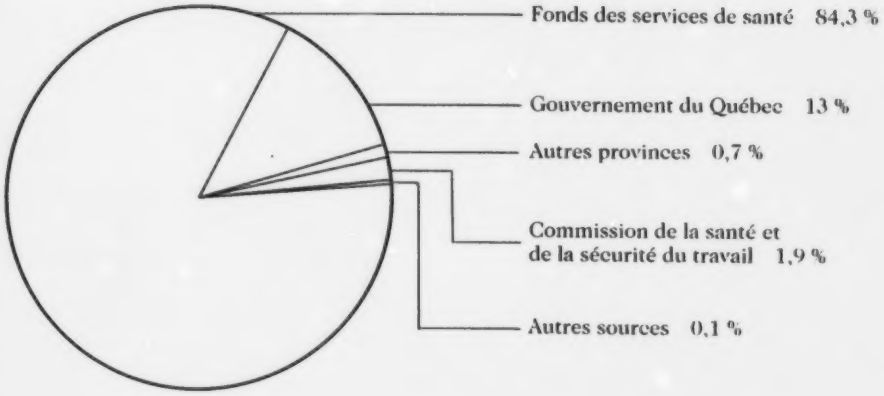
- Le recouvrement, des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*;

- Les primes versées par les ressortissants étrangers qui désirent bénéficier de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation; ces primes sont de 565 $ par année pour une personne seule et de 1 695 $ par année pour une famille et son personnel domestique.

La Régie remet au ministère de la Santé et des Services sociaux la part des recouvrements et des primes qui se rapporte à l'assurance-hospitalisation.

À ces sommes s'ajoutent les revenus provenant d'intérêts bancaires et de ventes de services à des ministères ou à des organismes gouvernementaux.

Sources de financement de la Régie en 1988-1989



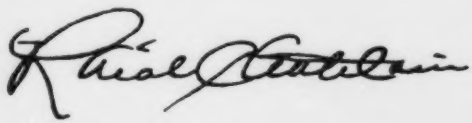
2.2 Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1989

Rapport du Vérificateur

J'ai vérifié le bilan de la Régie de l'assurance-maladie du Québec au 31 mars 1989 ainsi que l'état du coût et du financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé à cette date. Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues, et a comporté par conséquent les sondages et autres procédés que j'ai jugés nécessaires dans les circonstances.

À mon avis, ces états financiers présentent fidèlement la situation financière de la Régie au 31 mars 1989 ainsi que les résultats de ses opérations de l'exercice terminé à cette date selon les conventions comptables énoncées à la note 2, appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le Vérificateur général du Québec,



Rhéal Chatelain, F.C.A.

Québec, le 31 mai 1989

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Coût et financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé le 31 mars 1989

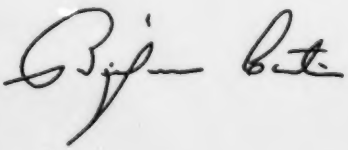
	Régime d'assurance-maladie	Assistance-maladie	Autres programmes	Total	
				1989	1988
			(en milliers de dollars)		
Coût des programmes					
Services médicaux	1 598 962	—	67 852	1 666 814	1 548 831
Services optométriques	41 718	3 304	—	45 022	42 180
Services dentaires	78 746	36 496	—	115 242	112 610
Médicaments et services pharmaceutiques	296 061	99 135	151	395 347	343 194
Prothèses	25 283	7 460	—	32 743	30 681
Bourses et primes	22 536	—	—	22 536	19 040
Services hospitaliers (note 3)	—	—	116 146	116 146	129 377
	2 063 306	**146 395**	**184 149**	**2 393 850**	**2 225 913**
Recouvrement des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers	—	—	2 048	2 048	2 899
	2 063 306	**146 395**	**182 101**	**2 391 802**	**2 223 014**
Frais d'administration (note 4)	51 957	5 360	1 970	59 287	56 557
	2 115 263	**151 755**	**184 071**	**2 451 089**	**2 279 571**
Sources de financement					
Fonds des services de santé	2 066 661	—	—	2 066 661	1 889 479
Gouvernement du Québec	—	151 755	166 080	317 835	328 643
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 3)	—	—	17 991	17 991	18 000
Commission de la santé et de la sécurité du travail	47 008	—	—	47 008	41 849
Autres	1 594	—	—	1 594	1 600
	2 115 263	**151 755**	**184 071**	**2 451 089**	**2 279 571**

Régie de l'assurance-maladie du Québec

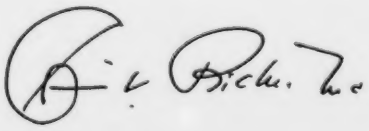
Bilan au 31 mars 1989

	1989	1988
	(en milliers de dollars)	
Actif		
À court terme		
Encaisse	4 175	2 443
Contributions à recevoir du Fonds des services de santé	192 553	218 892
Frais à récupérer		
Programme d'assistance-maladie	28 331	14 962
Autres programmes	52 991	62 682
Autres créances	2 962	2 508
	281 012	301 487
Immeuble du siège social (note 5)	16 000	16 421
	297 012	317 908
Passif		
À court terme		
Chèques en circulation	64 807	9 096
Services à payer	208 067	285 596
Autres créditeurs et frais courus	8 138	6 795
	281 012	301 487
Dette à long terme (note 6)	16 000	16 421
	297 012	317 908

Pour la Régie



Réjean Cantin
Président-directeur général



Clément Richer
Membre du Conseil d'administration
et du Comité de vérification

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Notes complémentaires
31 mars 1989

1. Constitution, fonction et financement

La Régie, corporation constituée par la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (L.R.Q., chapitre R-5 et modifications), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre, entre autres, le programme d'assistance-maladie du ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, le programme de rémunération des médecins résidents et des internes du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les parties suivantes d'autres programmes de ce ministère: le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec et la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers. La Régie paie en outre les services professionnels rendus par les médecins oeuvrant dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi encourus.

Le financement du régime d'assurance-maladie s'effectue à même le Fonds des services de santé qui est constitué de la contribution des employeurs et des sommes qu'y verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

2. Conventions comptables

Les états financiers de la Régie ont été préparés par la direction selon les conventions comptables énoncées ci-dessous. Ces états comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

— Sources de financement

Les revenus sont enregistrés selon la méthode de la comptabilité d'exercice à l'exception des sommes recouvrées des tiers et des contributions des ressortissants étrangers qui le sont lors de leur encaissement.

— Coût des programmes

Les montants imputés au coût des programmes comprennent la valeur estimative des demandes de paiement reçues jusqu'au 30 avril à l'égard des services rendus et des médicaments fournis avant le 1er avril.

— Frais d'administration

Les frais d'administration sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

— Immobilisations

L'immeuble du siège social est comptabilisé au prix coûtant et l'amortissement correspond à la partie de la dette à long terme remboursée au cours de l'exercice. Les acquisitions d'ameublement et d'équipement ainsi que les dépenses pour l'amélioration des aires locatives sont imputées aux frais d'administration.

3. Services hospitaliers

	1989	1988
	(en milliers de dollars)	
Services hospitaliers reçus hors du Québec par ses résidents	98 155	111 377
Services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces	17 991	18 000
	116 146	129 377

4. Frais d'administration

	1989	1988
	(en milliers de dollars)	
Traitements et avantages sociaux	39 345	38 030
Locaux, équipement et ameublement	10 146	8 549
Fournitures et approvisionnements	2 554	2 993
Services de transport et de communication	2 894	2 717
Intérêts sur la dette à long terme	1 931	1 981
Services professionnels et autres	1 996	1 936
Amortissement de l'immeuble du siège social	421	351
	59 287	56 557

5. Immeuble du siège social

	1989	1988
	(en milliers de dollars)	
Coût de l'immeuble	18 537	18 537
Amortissement accumulé	2 537	2 116
	16 000	16 421

6. Dette à long terme

	1989	1988
	(en milliers de dollars)	
Obligations, série «A», 10,875 % l'an, remboursables par versements annuels de 600 000 $ en capital plus les intérêts et échéant le 30 septembre 1995. Le remboursement du capital et le paiement des intérêts sont garantis par le gouvernement du Québec.	16 000	—
Emprunt hypothécaire	—	16 421
	16 000	16 421

7. Rémunération des professionnels de la santé

L'entente avec l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec est expirée depuis le 31 mai 1988 et celle avec l'Association professionnelle des optométristes du Québec depuis le 31 mai 1987. D'ici la conclusion des nouvelles ententes, les professionnels concernés sont rémunérés selon les tarifs en vigueur.

8. Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics et au Régime de retraite des fonctionnaires.

Le coût de ces régimes est partagé également depuis le 1er juillet 1982 entre les employés et les employeurs. Les régimes sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les contributions de la Régie imputées aux résultats de l'exercice s'élèvent à 1 701 292 $ (1988: 1 618 372 $) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. De plus, les contributions pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 4 086 804 $ (1988: 3 785 820 $) et sont incluses au coût des programmes dans Services médicaux et Services dentaires. Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses contributions pour services courants à titre d'employeur.

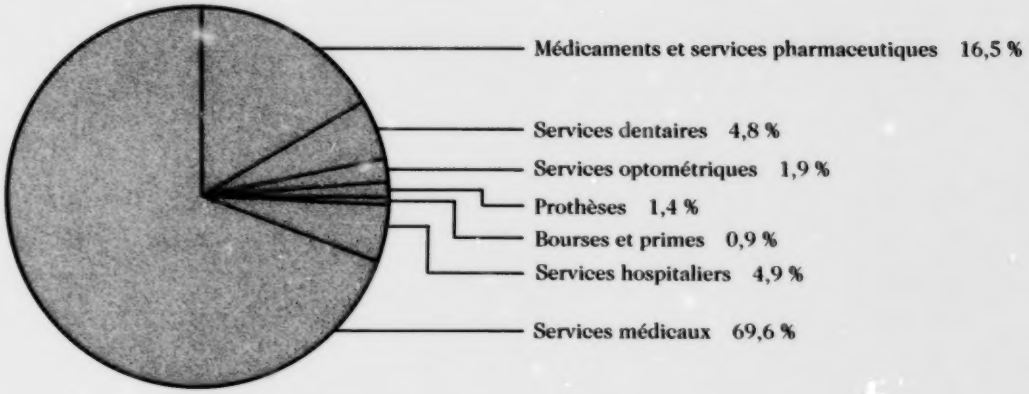
2.3 Le coût des programmes administrés par la Régie[1] de 1984-1985 à 1988-1989 (en k$)

		1984-1985	1985-1986	1986-1987	1987-1988	1988-1989
Services médicaux		**1 224 324**	**1 345 386**	**1 437 858**	**1 548 831**	**1 666 814**
A	Rémunération à l'acte[2]	1 026 036	1 108 076	1 181 201	1 258 773	1 364 332
	Omnipraticiens	396 178	425 081	448 135	492 889	523 132
	Spécialistes	613 233	664 583	714 083	747 881	822 464
	Professionnels hors du Québec	9 343	10 054	9 645	8 590	8 538
	Remboursements aux bénéficiaires	7 282	8 358	9 338	9 413	10 198
A	Rémunération à salaire et à la vacation	127 478	146 408	168 301	185 927	194 746
	Salaires	61 568	70 828	78 113	82 369	88 337
	Vacations	65 910	75 580	90 188	103 558	106 409
	Remboursements au ministère de la Justice	402	401	2	0	0
B	Rémunération des résidents et des internes	51 412	64 098	57 552	69 694	67 852
B	Rémunération à l'acte-C.S.S.T.[3]	18 996	26 403	30 802	34 437	39 884
A	**Services optométriques**	**33 871**	**36 355**	**39 838**	**42 180**	**45 022**
	Services dentaires	**113 184**	**111 773**	**114 488**	**112 610**	**115 242**
A	Chirurgie buccale	2 833	3 323	3 328	3 487	4 325
A	Services dentaires	99 399	97 302	100 716	98 444	102 377
	Enfants	73 594	72 632	76 333	76 243	81 698
	Bénéficiaires de l'aide sociale	25 805	24 670	24 383	22 201	20 679
B	Prothèses dentaires (B.A.S.)	10 952	11 148	10 444	10 679	8 540
	Dentistes	3 639	3 410	3 248	3 123	2 615
	Denturologistes	7 313	7 738	7 196	7 556	5 925
A	**Médicaments et services pharmaceutiques**	**206 839**	**264 930**	**298 092**	**343 194**	**395 347**
	Bénéficiaires de l'aide sociale	64 557	80 938	85 210	91 798	99 135
	Personnes âgées	142 241	183 900	212 738	251 293	296 061
B	Patients d'exception	41	92	144	103	151
	Prothèses	**20 153**	**24 997**	**28 797**	**30 681**	**32 743**
A	Prothèses et appareils orthopédiques	14 969	19 004	22 365	23 838	25 121
A	Aides pour les handicapés visuels	686	1 509	1 931	1 612	1 819
A	Aides pour les handicapés auditifs (– de 36 ans)	1 197	1 026	1 225	1 749	2 222
B	Aides pour les handicapés auditifs (B.A.S. et + de 36 ans)	1 159	1 281	967	1 079	1 150
B	Prothèses mammaires externes	175	155	142	140	129
B	Prothèses oculaires	135	112	122	112	116
B	Appareils pour stomisés permanents	1 832	1 910	2 045	2 151	2 186
	Bourses et primes	**7 371**	**11 350**	**12 985**	**19 040**	**22 536**
A	Bourses d'études	828	1 244	1 415	1 592	1 152
A	Bourses de recherche	4 332	4 588	5 054	5 424	5 856
B	Bourses de formation spécialisée	0	802[4]	0	0	0
B	Primes d'installation	0	2 098[4]	(98)[5]	0	0
A	Mesures incitatives	2 211	2 618	3 539	4 326	5 202
A	Assurance-responsabilité	0	0	3 075	7 698	10 326
	Services hospitaliers	**105 452**	**105 110**	**113 448**	**129 377**	**116 146**
B	Services rendus hors du Québec	91 960	91 149	97 546	111 377	98 155
B	Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	13 492	13 961	15 902	18 000	17 991
	Total	**1 711 194**	**1 899 901**	**2 045 506**	**2 225 913**	**2 393 850**

1. Dans le tableau, A et B font référence respectivement aux programmes administrés en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (voir Annexe 1).
2. Depuis l'exercice 1987-1988, les services de laboratoire en établissement ont été intégrés à la rémunération à l'acte.
3. Services intégrés à l'assurance-maladie en février 1986.
4. Programme confié à la Régie pour l'exercice 1985-1986.
5. Les parenthèses indiquent qu'il s'agit de la correction d'une dépense surévaluée l'année précédente.

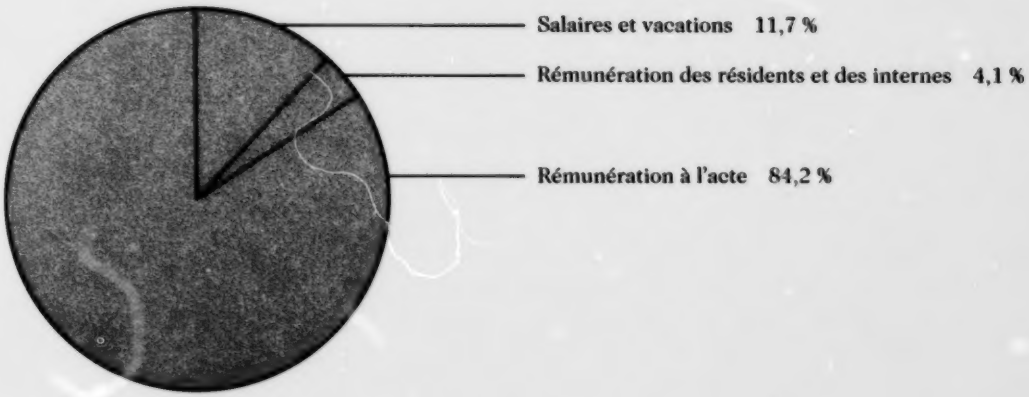
Graphique 2

Répartition du coût des programmes en 1988-1989

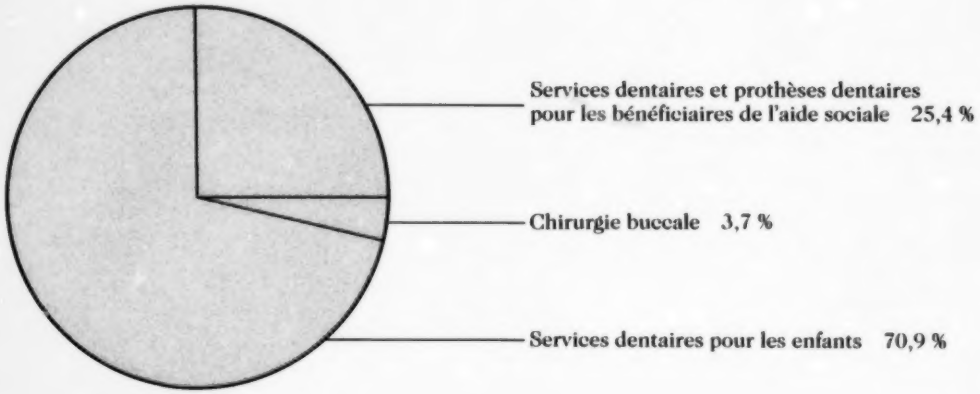


Graphique 3

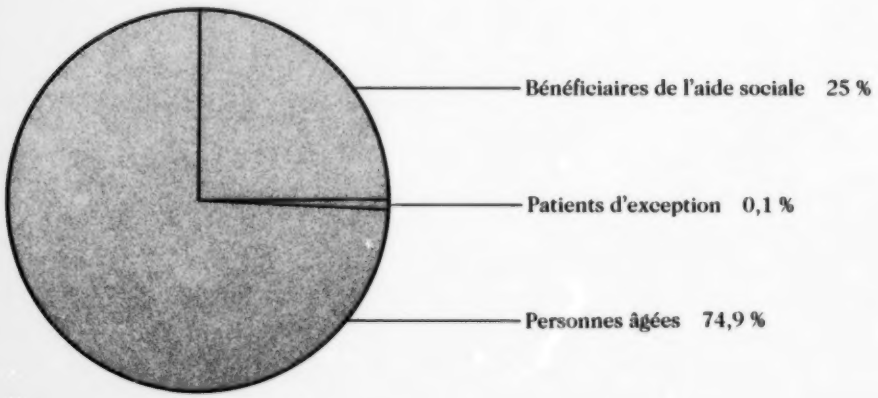
Services médicaux



Services dentaires

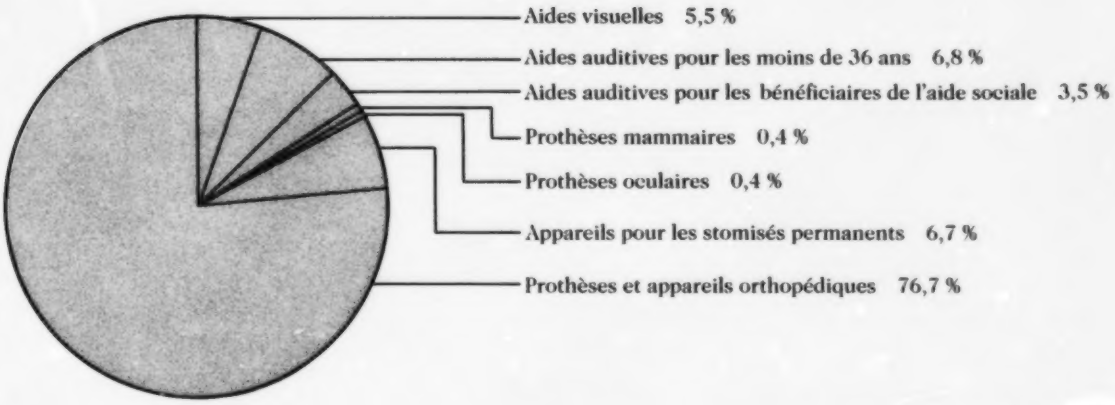


Médicaments et services pharmaceutiques



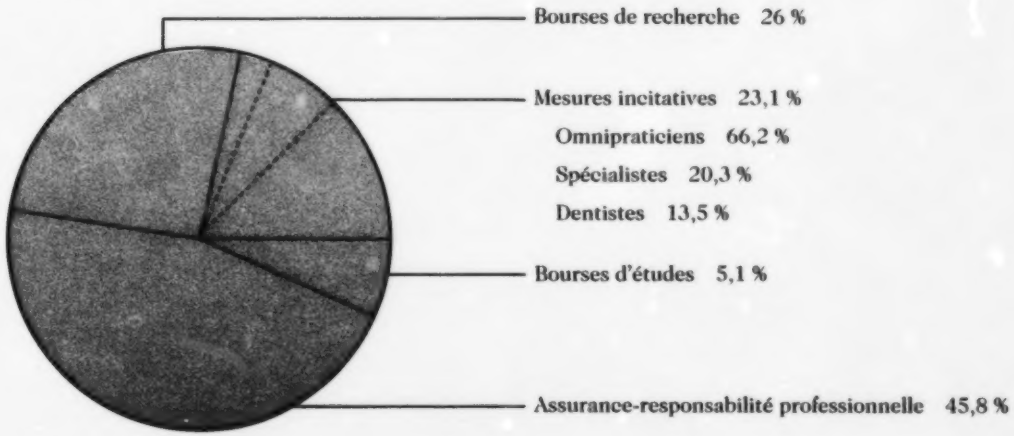
Graphique 6

Prothèses

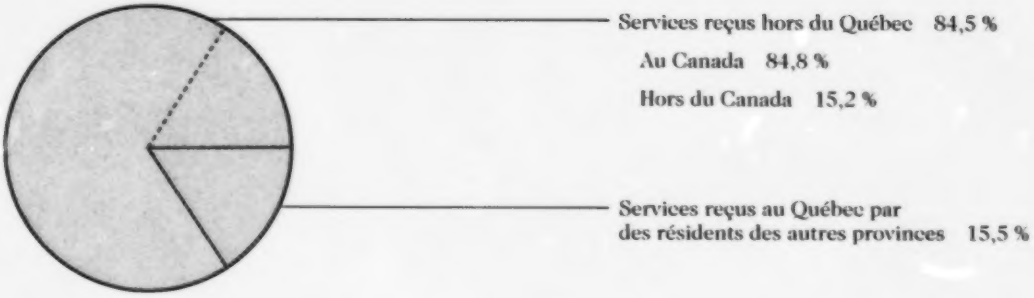


Graphique 7

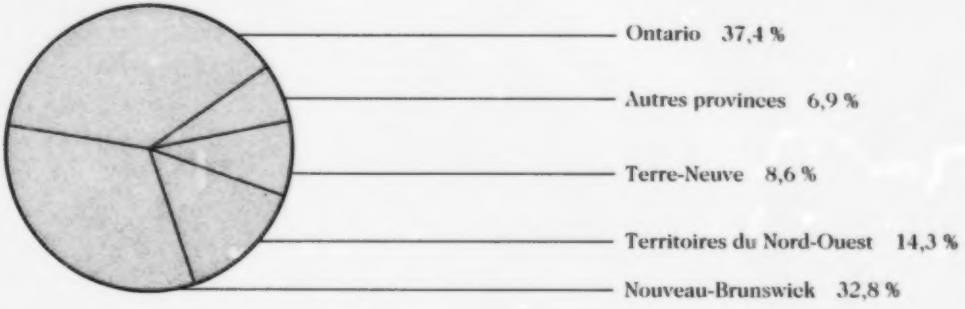
Bourses et primes



Services hospitaliers

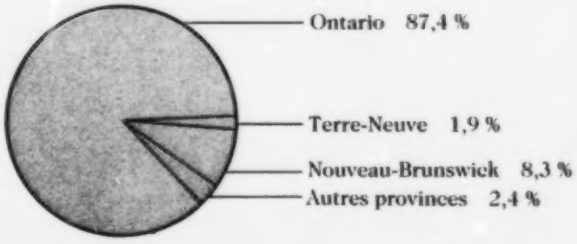


Services reçus par des résidents des autres provinces

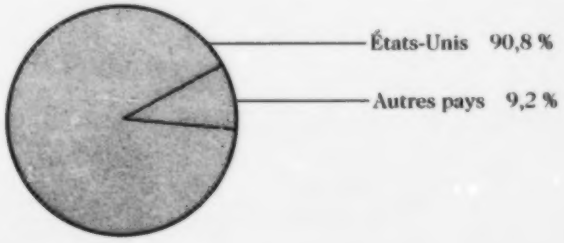


Services reçus hors du Québec

Au Canada



Hors du Canada

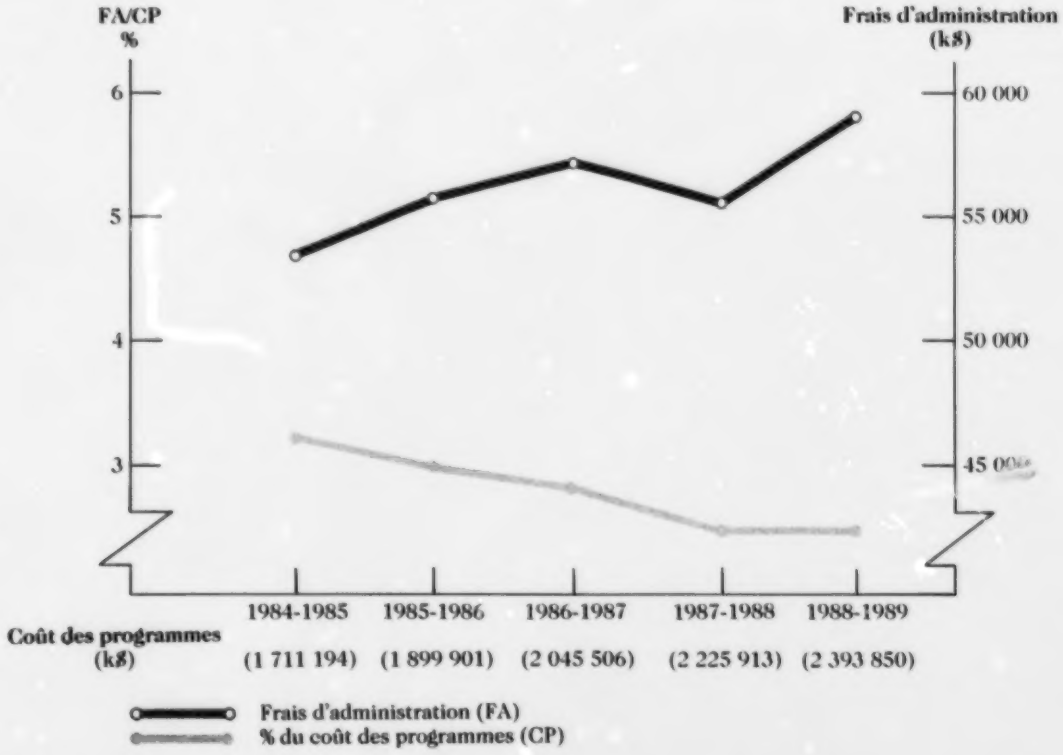


2.4 Les frais d'administration

L'administration de la Régie a engendré des frais de 59 287 M$ au cours de l'exercice financier 1988-1989. Depuis 1984-1985, ces frais ont augmenté de 4,5 M$, ce qui équivaut à un taux moyen de croissance annuelle de 2 %. Ce pourcentage est toutefois de beaucoup inférieur au taux d'augmentation des traitements consenti par le gouvernement à ses employés et à la progression de l'indice des prix pour la même période. Ce résultat, combiné au fait que durant la même période le nombre de demandes de paiement traitées augmentait annuellement de 5,2 % en moyenne, reflète une productivité accrue et des efforts soutenus de la part de la Régie pour réduire divers frais de fonctionnement.

En 1988-1989, les frais d'administration représentaient 2,5 % du coût des programmes.

Évolution des frais d'administration de 1984-1985 à 1988-1989



Chapitre 3

L'ADMINISTRATION

3.1 L'organisation

3.1.1 La structure administrative

L'organisation de la Régie est axée, d'une part, sur la gestion des programmes et, d'autre part, sur la gestion des ressources.

Trois directions assurent la gestion des programmes.

Celle du Développement administratif des programmes collabore, avec les ministères et les organismes intéressés, à la définition des orientations et à la préparation de la documentation relative aux changements découlant des modifications apportées aux programmes, ententes et accords. Elle coordonne également la réalisation de ces changements à la Régie. De plus, cette direction élabore et tient à jour les normes d'application des divers programmes, répertorie et exploite, à des fins statistiques, les données recueillies dans le cadre de ces mêmes programmes.

Celle de l'Administration des programmes a pour principales fonctions d'inscrire les bénéficiaires du régime ainsi que les dispensateurs de services assurés, de traiter et de régler leurs demandes de paiement et de remboursement, d'en assurer le contrôle et l'évaluation, de fournir à la Régie l'expertise médicale, dentaire, pharmaceutique et optométrique, et enfin de donner aux bénéficiaires ainsi qu'aux dispensateurs de services assurés toute l'information et l'assistance dont ils ont besoin.

Enfin, la direction du **Contrôle des programmes** exerce les contrôles reliés à l'utilisation des programmes par les bénéficiaires et les dispensateurs de services assurés. Ces contrôles portent entre autres sur l'admissibilité des bénéficiaires, la facturation des dispensateurs de services assurés et la consommation des bénéficiaires.

Trois directions s'occupent de la gestion des ressources.

Celle des **Ressources humaines** conseille les autorités et les gestionnaires sur toute question concernant la gestion des ressources humaines. Ainsi relèvent entre autres de cette direction l'organisation et la dotation, le développement organisationnel, le perfectionnement des employés, les relations de travail, la rémunération de même que les services de santé offerts aux employés.

La direction des **Ressources financières et matérielles** assume la responsabilité de la gestion des fonds nécessaires à l'administration de la Régie et au fonctionnement des programmes, de l'élaboration du cadre budgétaire, du budget directeur et de son suivi, de la préparation des états financiers, de la comptabilité et des recouvrements. De plus, elle assure tous les services reliés à l'aménagement des locaux et à la gestion de l'édifice de Sillery, de même que les services de reprographie, l'approvisionnement et le courrier.

Celle des **Systèmes** a pour vocation de fournir les services informatiques et bureautiques en matière de développement et de gestion technique des systèmes et de traitement électronique des données; elle est également responsable de l'administration des systèmes et des données ainsi que d'un centre d'assistance technologique aux gestionnaires et aux employés.

À ces directions s'ajoutent les unités administratives dont le mandat est décrit ci-dessous et qui peuvent être considérées comme soutiens à l'organisation.

La direction du **Contentieux et du Secrétariat** est principalement chargée de procéder aux expertises juridiques requises par les diverses unités administratives et de représenter la Régie devant les tribunaux; de plus, elle coordonne l'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, et assure le secrétariat de comités institués par la *Loi sur l'assurance-maladie*, les ententes ou la Régie.

La direction de la **Planification stratégique** a pour mandat de proposer aux autorités des avenues de réflexion pour la préparation du plan stratégique, d'animer et de coordonner toutes les activités entourant son élaboration, et d'en produire le texte. Elle coordonne également son application en recueillant, en traitant et en diffusant l'information relative à l'évolution des projets, en faisant les interventions appropriées, ainsi qu'en conseillant et en assistant les gestionnaires en matière de structure et de processus de gestion de projets.

Le service des **Communications** doit, d'une part, concevoir des programmes de communication visant à informer la population sur les divers programmes administrés par la Régie ainsi que sur ses activités et, d'autre part, fournir aux différents secteurs de la Régie l'expertise et l'assistance professionnelle requises en matière de communications, d'audiovisuel, de graphisme, de terminologie, de traduction et de révision linguistique. Il doit en outre offrir un service de relations publiques à l'intention des nombreux visiteurs et coordonner toutes les communications de la Régie avec la presse écrite ou électronique.

Le service de l'**Évaluation des systèmes de gestion** a pour vocation principale d'évaluer les systèmes de gestion utilisés par les gestionnaires dans le but d'y apporter des améliorations sur les plans de l'efficacité et de l'efficience.

Les responsables des unités administratives énumérées ci-dessus sont: M. André Roy, directeur général adjoint chargé de l'Administration des programmes, M. Dominique Carmichaël, directeur du Développement administratif des programmes, Me Paul-Émile Lafrance, directeur du Contrôle des programmes, M. Marc St-Pierre, directeur des Ressources humaines, M. Henri Roberge, directeur des Ressources financières et matérielles, M. Denis Forcier, directeur des Systèmes, et M. Pierre Houde, directeur de la Planification stratégique. Me Denis Morency cumule les fonctions de directeur du Contentieux et du Secrétariat et de secrétaire de la Régie. M. Pierre Boucher est adjoint exécutif au président-directeur général et chef par intérim du service des Communications, et M. Yvon Bolduc est chef du service de l'Évaluation des systèmes de gestion.

3.1.2 Les comités constitués par le président-directeur général

Le Comité de régie interne

Le Comité de régie interne se compose du président-directeur général, du directeur général adjoint de l'Administration des programmes, des directeurs du Contrôle des programmes, du Développement administratif des programmes, des Systèmes, des Ressources financières et matérielles, des Ressources humaines, de la Planification stratégique ainsi que du directeur du Contentieux et du Secrétariat.

Le rôle du Comité de régie interne est de conseiller le président-directeur général dans l'exercice de ses fonctions, de participer à la solution des problèmes de gestion générale, à l'élaboration du plan stratégique, à la définition des orientations et priorités en matière de projets ainsi qu'à la détermination des ressources humaines, financières et matérielles, et d'effectuer le suivi des activités afférentes.

De plus, il assure l'unité d'action des gestionnaires dans l'administration courante des affaires de la Régie.

Le Comité de contrôle de l'application des programmes

Ce comité est constitué du directeur du Contrôle des programmes, qui le préside, du directeur du Développement administratif des programmes et du directeur général adjoint de l'Administration des programmes. Le chef du service Juridique participe aux travaux du Comité à titre de personne-ressource.

Le rôle du Comité est d'assurer une concertation entre les trois directions touchées par l'application des programmes en vue d'une meilleure identification des mécanismes de contrôle prévus ou émanant des documents officiels et de leur adéquation aux responsabilités de la Régie et aux objectifs qu'elle poursuit.

STRUCTURE ADMINISTRATIVE SUPÉRIEURE

3.1.3 L'effectif

État de l'effectif régulier au 31 mars 1989

Directions	Total	Catégories d'emplois					Hommes	Femmes
		Cadres supérieurs	Cadres intermédiaires	Professionnels	Fonctionnaires	Ouvriers		
Direction générale	21	4	0	8	9	0	10	11
Planification stratégique	3	1	0	1	1	0	2	1
Contentieux et Secrétariat	26	2	0	13	11	0	9	17
Contrôle des programmes	56	6	1	21	28	0	29	27
Développement administratif des programmes	29	4	0	13	12	0	10	19
Administration des programmes	3	1	0	0	2	0	1	2
Évaluation et Contrôle des opérations	17	1	0	5	11	0	6	11
Expertise professionnelle	19	1	0	9	9	0	8	11
Services à la clientèle	178	3	10	20	145	0	57	121
Traitement des demandes de paiement	306	5	19	17	265	0	52	254
Règlement hors Québec et Prothèses	89	1	6	6	76	0	13	76
Total partiel	612	12	35	57	508	0	137	475
Systèmes	200	9	4	85	102	0	132	68
Ressources financières et matérielles	80	4	6	10	49	11	56	24
Ressources humaines	38	3	1	13	21	0	12	26
Réserve d'effectif (en congé de maternité prolongé, en congé sans traitement, en congé pour études, etc.)	27	2	5	2	18	0	7	20
Total	1 092	47	52	223	759	11	404	688

3.2 La gestion

Les activités de l'exercice 1988-1989 reflètent l'orientation que la Régie s'est donnée en matière de gestion, à savoir une utilisation efficace et efficiente des ressources dont elle dispose pour administrer les programmes qui lui sont dévolus.

3.2.1 Les unités de gestion des programmes

La direction du Développement administratif des programmes

La Direction a participé de façon constante aux négociations d'ententes et d'amendements avec les professionnels de la santé, aux négociations d'ententes en matière de sécurité sociale avec certains pays étrangers ainsi qu'à la préparation ou à la modification d'accords avec les professionnels de la santé, les autres dispensateurs de services assurés et certains organismes, en fournissant un appui soutenu au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère des Affaires internationales, respectivement responsables de ces négociations. Elle a aussi participé à l'élaboration de modifications réglementaires en rapport avec les divers programmes. Au cours de l'année, la Direction a coordonné l'implantation de 7 nouvelles ententes ou ententes particulières conclues avec les fédérations ou associations représentant les professionnels de la santé, de 1 nouvelle entente en matière de sécurité sociale, de 11 amendements, 7 lettres d'entente et 10 accords modifiant ces ententes, de 6 accords reliés soit à la prestation de services médicaux ou à l'admissibilité de certaines catégories de bénéficiaires et enfin de 14 modifications aux règlements.

Ententes et accords touchés par les amendements

A. Les amendements apportés à l'accord-cadre des médecins spécialistes (conclu le 22 décembre 1986) ont porté sur:

- Sa prolongation;
- La détermination de l'objectif tarifaire pour l'année 1989-1990;
- La prolongation de la rémunération différenciée;
- La modification de certaines règles de tarification, de la nomenclature et du tarif de certains actes de médecine et de chirurgie;
- La modification du tarif de certains services de médecine de laboratoire;
- La modification du protocole de radiologie diagnostique;
- Le remplacement de la liste des actes médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail*;
- L'ajout de nouvelles règles d'application et de nouveaux plafonnements d'activité ainsi que la modification des règles et des plafonnements existants;
- L'ajout de nouvelles lettres d'entente et le remplacement ou la modification de lettres d'entente existantes;
- L'ajout de nouvelles ententes auxiliaires concernant:
  - Le paiement des suppléments pour la garde en disponibilité dans certains établissements hospitaliers régionaux;

- Le remplacement pour congé de certains médecins attachés aux établissements hospitaliers désignés par la ministre;

- La garde sur place aux urgences en chirurgie pour les soins de première ligne;

– Le remplacement ou la modification de certaines ententes auxiliaires existantes intéressant:

- Les services hospitaliers de psychiatrie;

- Les services hospitaliers de santé communautaire;

- Les honoraires forfaitaires;

- Le salariat;

- Les suppléments pour la garde en disponibilité dans certains établissements hospitaliers régionaux;

- Le remplacement pour congé de certains médecins attachés aux établissements hospitaliers désignés par la ministre;

– La modification des annexes concernant:

- Les mesures incitatives complémentaires;

- Les frais de déplacement et de séjour;

– L'instauration d'un programme d'appoint pour le paiement des traitements de physiothérapie (réadaptation physique).

B. Les amendements apportés à l'entente des médecins omnipraticiens (conclue le 1er novembre 1976) ont porté sur:

– Le remplacement de la liste des actes médico-administratifs visés par la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et la *Loi sur les accidents du travail*;

– La prolongation de l'entente et la modification des conditions d'application du tarif;

– L'actualisation des échelles de rémunération à honoraires fixes, du taux de la vacation et des tarifs relatifs à la rémunération à l'acte;

– L'introduction du paiement par virement bancaire;

– La prolongation de la rémunération différenciée;

– Le renouvellement de l'entente particulière touchant l'assurance-responsabilité professionnelle et la conclusion de nouvelles ententes particulières, notamment:

- L'entente particulière relative à la rémunération des médecins dans certains centres d'accueil d'hébergement;

- L'entente particulière concernant la rémunération de certaines gardes en disponibilité effectuées pour le centre de santé des Hauts-Bois et le Centre local de services communautaires (C.L.S.C.) de Chapais;

- L'entente particulière au sujet de la garde sur place effectuée dans le service d'urgence de première ligne du centre hospitalier Paul-Gilbert de Charny;

– La modification apportée à l'entente particulière sur la rémunération des services psychiatriques dans certains centres hospitaliers;

– La conclusion de plusieurs accords prévoyant entre autres:

• La rémunération de certains médecins qui exercent dans certains établissements désignés;

• Le dressement de la liste des établissements visés par l'entente particulière relative à la rémunération des médecins dans certains centres d'accueil d'hébergement.

C. Un amendement apporté à l'entente des optométristes a eu pour effet de modifier la nomenclature de certains services.

D. Deux ententes ont été renouvelées, soit celle des pharmaciens et celle des médecins résidents.

E. Deux amendements ont eu pour effet de prolonger certaines ententes, soit:

– Celle des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale en majorant le tarif des services rémunérés à l'acte;

– Celle des chirurgiens-dentistes en majorant également les tarifs des services dentaires rémunérés à l'acte, le taux de la vacation et les échelles salariales des dentistes rémunérés à honoraires fixes; l'entente particulière du Grand-Nord a aussi subi ces mêmes modifications. On a de plus modifié la fréquence de l'examen assuré dans le cadre du programme des services dentaires destinés aux enfants.

Modifications apportées à la réglementation

Elles concernent principalement:

– La liste de médicaments;

– La liste des médicaments d'exception;

– La liste des prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs et autres équipements assurés;

– Les listes des fauteuils roulants à propulsion manuelle et des fauteuils roulants motorisés;

– La liste des aides auditives assurées;

– La couverture accordée par le régime d'assurance-maladie en ce que certains services sont désassurés, soit:

• Les services de tomodensitométrie rendus ailleurs qu'en centre hospitalier;

• L'implantation de prothèse dentaire entièrement sous-muqueuse;

– Les bourses de recherche pour les années 1987-1988 et 1988-1989, dont le montant est augmenté;

– Les bourses d'étude, dont le nombre et le montant sont diminués, dont l'accès est désormais limité aux seuls étudiants en médecine et dont les conditions d'obtention et l'engagement pris par leurs bénéficiaires sont changés.

– Les formules et les relevés d'honoraires en ce que la demande de paiement des aides auditives est modifiée.

La Direction représente la Régie au Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. Ce comité a pour mandat, aux niveaux interprovincial et fédéral-provincial, d'étudier et de discuter de questions d'intérêt ou de préoccupations réciproques relatives aux services de santé ou aux soins médicaux en établissement, y compris les régimes d'assurance couvrant les médicaments prescrits et les soins dentaires, et de faire des recommandations au besoin.

Les discussions et les travaux de ce comité sont à l'origine de modifications au tarif de certains services coûteux de transplantation et de certains services de consultation externe au 1er avril 1989.

La Direction a également participé à la détermination des termes d'une entente en matière de sécurité sociale et des arrangements administratifs relatifs à cette entente entre le gouvernement du Québec et celui de l'Italie.

La Direction a pris part aux travaux préparatoires à l'implantation de deux accords portant sur la couverture par le régime d'assurance-maladie des ressortissants étrangers travaillant au Québec pour l'Association internationale des transporteurs aériens (I.A.T.A.) et la Société internationale des télécommunications aéronautiques (S.I.T.A.).

La Direction a de plus participé aux travaux qui ont abouti à deux accords ayant trait au remboursement des services médicaux reçus par des résidents du Québec à l'extérieur de son territoire, soit:

- Un accord relatif aux services reçus à Ottawa par les résidents de l'Outaouais lorsque ces services ne sont pas disponibles dans leur région ou que leur cas est urgent;

- Un accord conclu entre la Régie et la compagnie Accès mondial Canada inc. pour les services reçus hors du Canada.

Les discussions entreprises avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les travaux effectués en collaboration avec celui-ci ont permis de conclure un accord ayant pour objet le paiement de certains services médicaux rendus aux personnes ayant subi des dommages imputables à une vaccination.

Il faut aussi souligner la participation de la Direction à divers colloques, séminaires, congrès, journées d'étude portant entre autres sur la réadaptation des personnes handicapées et sur la fourniture d'appareils dans le cadre de la révision de certains programmes qu'administre la Régie.

Au chapitre de la normalisation, l'exécution de l'ensemble des modifications aux ententes, accords ou programmes a donné lieu à la modification de 476 normes d'application et à l'élaboration de 61 nouvelles normes, réparties comme suit.

Normalisation

Entente ou programme	Normes modifiées	Nouvelles normes	Total
Services médicaux	331	53	384
Services optométriques	7	0	7
Services dentaires	31	2	33
Médicaments et services pharmaceutiques	20	0	20
Autres programmes	65	4	69
Normes générales	22	2	24
Total	**476**	**61**	**537**

Au cours de l'année, la Direction a tenu cinq rencontres avec les fédérations et associations représentant les professionnels de la santé dans le cadre du mécanisme de conciliation des honoraires prévu dans les ententes. Ce mécanisme consiste à recueillir le point de vue des fédérations ou associations sur les demandes de révision de relevés d'honoraires auxquelles la Régie n'entend pas faire droit.

D'autre part, l'accumulation et l'exploitation, à des fins statistiques, des données recueillies dans le cadre de l'administration des différents programmes a permis à la Direction de répondre aux demandes de production de données visant à satisfaire aux dispositions des ententes des professionnels de la santé et des accords avec d'autres ministères et organismes et, en plus, à 299 demandes de ministères et d'organismes gouvernementaux, 20 de chercheurs et d'universités, 115 de médias d'information, de citoyens et d'organismes et 59 de corporations, fédérations et associations professionnelles.

La Direction a enfin préparé la documentation nécessaire à la rédaction des *Statistiques annuelles 1987*, effectuée par la direction de l'Évaluation des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La direction de l'Administration des programmes

La direction de l'Administration des programmes entretient des rapports fréquents avec les bénéficiaires du régime et les dispensateurs de services assurés pour leur offrir des services adéquats en ce qui concerne l'inscription, le remboursement ou le paiement de services de santé assurés, l'étude de cas particuliers ou la communication de renseignements généraux.

Les services à la clientèle

La majorité des services que la Régie offre à la population du Québec, de même qu'aux dispensateurs de services assurés relève du mandat confié à la direction des Services à la clientèle. Cette direction s'est surtout donné comme politique d'améliorer les services et de rationaliser les ressources affectées aux activités qui en découlent.

En 1987, la carte d'assurance-maladie est devenue le véhicule privilégié du consentement au don d'organes: toute carte délivrée depuis lors permet à son titulaire, par une simple signature au revers, de faire un don d'organes à des fins de transplantation. Au cours de 1988-1989, 1 487 813 cartes ont été renouvelées et, d'ici à deux ans, la totalité des cartes en circulation offriront cette possibilité.

Les représentants de la division de l'Assistance technique ont continué de favoriser l'essor de la facturation informatisée. En plus de poursuivre les rencontres avec des groupes de sortants d'universités et d'écoles spécialisées, ils ont organisé trois salons de l'Informatique-Santé. Ces derniers, tenus respectivement à Montréal, à Québec et à Drummondville, ont attiré plus de 1 500 professionnels de la santé venus rencontrer des fournisseurs d'équipements, de logiciels et de services de gestion médico-administrative.

Depuis juin 1988, les demandes de paiement des médecins omnipraticiens et spécialistes peuvent, sur demande, être réglées par virement bancaire. Cette possibilité, découlant des ententes intervenues entre les fédérations intéressées et le gouvernement du Québec, s'apparente à celle déjà offerte aux pharmaciens.

En juillet 1988, l'harmonisation de la retenue à la source avec les crédits d'impôt escomptés s'est ajoutée à celle de la retenue à la source avec les déductions d'impôt escomptées que la Régie effectue déjà pour le compte des praticiens. Ces derniers bénéficient ainsi des nouveaux règlements en matière fiscale adoptés par les gouvernements fédéral et provincial.

Des dispensateurs de l'extérieur du Québec, surtout de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, peuvent aussi recevoir certains services et, pour cela, ils peuvent téléphoner sans frais aux représentants de la division de l'Assistance technique.

Les bénéficiaires

Conformément à la loi, les personnes admissibles au régime d'assurance-maladie doivent s'inscrire à la Régie (voir Annexe 2). La tenue du fichier exige un nombre important de mises à jour puisque tout changement d'état civil ou de domicile doit être signalé à la Régie. Quiconque est inscrit à la Régie reçoit une carte d'assurance-maladie valide pour une période donnée et renouvelée automatiquement à son expiration s'il demeure admissible au régime. De plus, la Régie remplace les cartes abîmées, perdues ou volées.

Le tableau qui suit illustre les différentes modifications apportées au fichier des bénéficiaires au cours de l'exercice financier 1988-1989 comparativement à 1987-1988.

Modifications apportées au fichier des bénéficiaires

	1987-1988	1988-1989
Nouvelles inscriptions	56 345	58 251
Naissances	84 876	91 254
Changements d'adresse	1 415 944	1 259 482
Changements de nom	26 940	23 383
Consultations et recherches	1 652 910	2 614 105
Cartes renouvelées automatiquement	1 608 610	1 487 813
Cartes délivrées sur demande	456 693	485 215
Mises à jour	1 492 498	1 471 056

Les données du tableau ci-dessus incluent l'inscription ou le renouvellement de l'inscription de revendicateurs du statut de réfugiés politiques reconnus comme admissibles au régime par la ministre de la Santé et des Services sociaux; les données sur ces inscriptions et renouvellements d'inscription se détaillent comme suit.

Revendicateurs du statut de réfugiés politiques

	1987-1988	1988-1989
Nouvelles inscriptions	14 982	14 699
Renouvellements d'inscription	7 285	16 533

Depuis un certain nombre d'années, un protocole d'entente permet à des Québécois séjournant en France de bénéficier du régime français d'assurance-maladie et inversement à des Français de bénéficier du régime québécois pendant leur séjour ici. Depuis avril 1988, il en est de même pour le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède.

Voici les statistiques se rapportant à chacun de ces pays.

Entente Québec-Danemark

	1988-1989
Québécois bénéficiaires du régime danois	3
Danois bénéficiaires du régime québécois	0

Entente Québec-Finlande

	1988-1989
Québécois bénéficiaires du régime finlandais	2
Finlandais bénéficiaires du régime québécois	5

Entente Québec-France

	1987-1988	1988-1989
Québécois bénéficiaires du régime français	711	890
Français bénéficiaires du régime québécois	314	742

Entente Québec-Norvège

	1988-1989
Québécois bénéficiaires du régime norvégien	1
Norvégiens bénéficiaires du régime québécois	194

Entente Québec-Suède

	1988-1989
Québécois bénéficiaires du régime suédois	2
Suédois bénéficiaires du régime québécois	9

De nombreuses personnes se rendent à nos bureaux de Québec et de Montréal pour s'inscrire ou obtenir des renseignements. Les préposés aux services téléphoniques répondent à environ 7 455 demandes de renseignements par semaine et rencontrent également des groupes dans divers milieux pour leur faire connaître la Régie et le régime tandis que les correspondanciers répondent à de nombreuses demandes écrites de renseignements. De plus, la Régie participe à des expositions, foires et salons importants où elle peut rejoindre un vaste public.

Le tableau suivant résume les principales activités de la Régie en ce qui a trait aux services aux bénéficiaires.

Services aux bénéficiaires

	1987-1988	1988-1989
Appels téléphoniques reçus à Québec et à Montréal annuellement	373 081	387 656
Moyenne hebdomadaire	7 175	7 455
Courrier adressé aux bénéficiaires		
– Lettres personnelles	15 297	25 659
– Formulaires de demande de renseignements	71 186	63 863
Manifestations où la Régie était présente	16	22
Visiteurs au stand de la Régie	2 145	2 858
Visiteurs aux bureaux de la Régie	55 142	51 566

Les dispensateurs de services assurés

Les professionnels de la santé, c'est-à-dire les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens qui sont légalement autorisés à fournir des services assurés, doivent s'inscrire à la Régie selon le statut qu'ils ont choisi (voir la définition des statuts à l'Annexe 3).

Bon nombre de praticiens de l'extérieur du Québec adhèrent à notre régime d'assurance-maladie et acceptent ainsi d'être rémunérés au tarif du Québec pour les services qu'ils fournissent à ses résidents.

En ce qui concerne les médecins résidents, on en a dénombré, pour l'exercice financier 1988-1989, 1 842, dont 1 768 équivalents à temps plein alors qu'en 1987-1988, on en comptait 1 922, dont 1 803 équivalents à temps plein.

Au cours de l'exercice financier écoulé, on a procédé à 3 557 inscriptions au fichier des dispensateurs de services assurés et à 47 422 mises à jour de celui-ci.

Professionnels de la santé

	Soumis à une entente		Désengagés		Non participants		Adhérents hors du Québec	
	1987-1988	1988-1989	1987-1988	1988-1989	1987-1988	1988-1989	1987-1988	1988-1989
Omnipraticiens	8 030	8 253	5	4	15	13	542	578
Spécialistes	7 677	7 847	2	2	34[1]	32	590[1]	609
Dentistes	2 742	2 827	6	6	194	187	51	23
Spécialistes en chirurgie buccale	53	55	0	0	1	0	0	0
Optométristes	946	990	0	0	0	0	41	43
Pharmaciens propriétaires	1 257[2]	1 271[3]	0	0	3	3	12	12
Total	20 705	21 243	13	12	247[1]	235	1 236[1]	1 265

1. Ce chiffre a été corrigé depuis la parution du rapport annuel précédent.
2. Pour 1 453 pharmacies.
3. Pour 1 474 pharmacies.

Autres dispensateurs de services assurés

	1987-1988	1988-1989
Aides auditives		
Établissement	1	1
Audioprothésistes	121	136
Prothèses dentaires		
Denturologistes	849	863
Prothèses oculaires		
Ocularistes	5	5
Aides visuelles		
Établissements	5	5
Prothèses et orthèses		
Établissements	11	12
Laboratoires	13	17
Total	1 005	1 039

Le nombre d'ententes avec les dispensateurs de services assurés et leur complexité croissante impliquent une assistance soutenue sur les plans technique et administratif de la part de la Régie.

Ainsi, les préposés aux services téléphoniques de la Régie, à Québec et à Montréal, ont répondu en moyenne à 2 463 demandes de renseignements par semaine. Par ailleurs, des lettres personnelles et des communiqués ayant trait aux modifications apportées aux règlements, aux ententes et accords, aux formalités administratives, etc., sont expédiés régulièrement aux dispensateurs de services assurés. De plus, des séances d'information, des rencontres individuelles ou de groupe et des congrès permettent aux représentants de la Régie d'établir une communication plus personnelle avec les dispensateurs de services assurés, de recueillir leurs remarques et leurs suggestions et de leur fournir l'assistance dont ils ont besoin.

Services aux dispensateurs de services assurés

	1987-1988	1988-1989
Appels téléphoniques reçus et faits annuellement à Québec et à Montréal	109 577	128 066
Moyenne hebdomadaire	2 107	2 463
Courrier adressé aux dispensateurs de services assurés		
– Lettres personnelles	11 492	13 092
– Communiqués		
• Médecins	88	111
• Dentistes	12	20
• Pharmaciens	9	16
• Optométristes	6	8
• Autres dispensateurs de services assurés	20	19
• Agences de facturation informatisée	28	20
• Établissements	10	15
Dispensateurs de services assurés rencontrés individuellement ou en groupe	3 079	7 868

L'expertise professionnelle

D'autres responsabilités confiées à la direction de l'Administration des programmes requièrent une attention toute particulière. Ainsi l'évaluation des cas complexes, des dossiers de révision et des demandes d'autorisation ayant trait, entre autres, à des soins spécialisés qui ne peuvent être donnés au Québec, est confiée à la direction de l'Expertise professionnelle. Le sommaire de ses activités au 31 mars 1989 s'établit comme suit.

Dossiers d'expertise professionnelle

Nombre de dossiers analysés	Expertise médicale	Expertise dentaire	Expertise pharmaceutique	Expertise optométrique
Règlement des cas complexes	42 420	12 293	44 287	355
Règlement des cas de révision	4 311	1 730	141	26
Règlement des cas hors du Québec	3 907	74	142	14
Règlement des cas d'orthèses-prothèses	1 287	S/O	S/O	S/O
Demandes d'autorisation de chirurgie plastique et buccale	6 597	905	S/O	S/O
Médicaments d'exception	S/O	S/O	16 034	S/O
Patients d'exception	S/O	S/O	1 546	S/O
Total	**58 522**	**15 002**	**62 150**	**395**

S/O: Sans objet.

Le traitement des demandes de paiement et de remboursement

Le traitement des demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés et des demandes de remboursement soumises par les bénéficiaires comporte une série d'opérations, allant de leur réception, de leur microfilmage, de leur transcription sur supports magnétiques et de leur validation à l'aide de systèmes informatisés jusqu'à leur appréciation par des personnes formées à cette fin, à leur paiement et à la révision de celui-ci, le cas échéant.

Au cours de l'exercice 1988-1989, la direction du Traitement des demandes de paiement a reçu et traité plus de 70 millions de demandes de paiement provenant des dispensateurs de services assurés; de ce nombre, quelque 4 170 000 demandes ont dû être évaluées manuellement par suite de leur rejet à l'étape de la validation. Plus de 345 000 demandes de remboursement de la part des bénéficiaires et des établissements hospitaliers ont également été reçues et traitées.

Parmi toutes ces demandes de paiement ou de remboursement, 0,4 % ont fait l'objet d'une révision du paiement, soit 277 791 demandes de révision de la part de dispensateurs de services assurés et 3 789 de la part de bénéficiaires.

En plus, 42 265 demandes de paiement ont été révisées consécutivement à des vérifications effectuées par la direction du Contrôle des programmes et à l'entrée en vigueur rétroactive d'amendements aux ententes.

Nombre de demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés selon le mode de rémunération

	À l'acte	À la vacation (ou honoraires forfaitaires)[1]	À salaire (ou honoraires fixes)
Médecins	43 265 510	65 590	32 985
Dentistes	2 412 844	1 664	1 326
Optométristes	1 980 157	S/O	S/O
Pharmaciens	22 320 046	S/O	S/O
Denturologistes	27 532	S/O	S/O
Audioprothésistes	18 865	S/O	S/O
Ocularistes	1 896	S/O	S/O
Laboratoires d'appareils orthopédiques	76 854	S/O	S/O
Établissements d'aides visuelles	5 963	S/O	S/O

1. Pour les dentistes, l'appellation *rémunération à la vacation* est la seule utilisée.

Nombre de demandes de remboursement ou de paiement soumises par les bénéficiaires et les établissements hospitaliers

Services reçus au Québec	
Admissibles au régime n'ayant pas présenté leur C.A.-M.[1]	18 976
Admissibles au régime ayant consulté un professionnel désengagé	8 978
Résidents des autres provinces	11 192
Services reçus ou fournis hors du Québec	
Au Canada	
Services professionnels	164 878
Services hospitaliers	86 610
Hors du Canada	
Services professionnels et hospitaliers[2]	44 106
Prothèses mammaires externes	3 052
Appareils pour stomisés permanents	8 087

1. Carte d'assurance-maladie.
2. Les demandes de remboursement concernant les services professionnels et les services hospitaliers sont regroupées puisque leur facturation est effectuée sur un seul et même document.

La direction du Traitement des demandes de paiement a aussi traité les demandes de remboursement provenant des 40 centres hospitaliers universitaires pour la rémunération des médecins résidents et des internes. Elle a de plus effectué les remboursements relatifs aux mesures incitatives destinées aux médecins et dentistes. Le tableau ci-dessous indique le nombre de remboursements effectués au cours de 1988-1989 relativement aux quatre mesures incitatives, en comparaison avec l'année 1987-1988.

Aux remboursements relatifs aux mesures incitatives se sont ajoutées, en 1988-1989, les 6 011 demandes présentées par les omnipraticiens et les spécialistes pour le remboursement de la portion des primes d'assurance-responsabilité professionnelle payable par la Régie.

Au cours de l'année budgétaire 1988-1989, les amendements aux règlements, ententes ou autres documents officiels, notamment l'entente des médecins spécialistes, ont continué d'exiger de nombreuses modifications aux systèmes informatiques et aux méthodes de travail des quelque 400 personnes affectées au traitement des demandes de paiement.

Nombre de demandes de remboursement relatives aux mesures incitatives

	Omnipraticiens		Spécialistes		Dentistes	
	1987-1988	1988-1989	1987-1988	1988-1989	1987-1988	1988-1989
Frais de ressourcement	1 860	1 990	469	522	356	391
Frais de sorties	142	117	6	5	49	40
Primes d'éloignement	203	384	26	29	69	82
Frais de déménagement	52	60	0	0	30	24

La facturation informatisée

Depuis l'instauration de la facturation informatisée, en 1979, divers procédés ont été mis au point par la Régie pour satisfaire les besoins des dispensateurs de services assurés. En 1985, la facturation par télécommunication en mode synchrone venait s'ajouter à la facturation par ruban magnétique, puis, en 1986, la télécommunication en mode asynchrone et la facturation par disquette. Devant le nombre croissant de praticiens optant pour ces nouveaux modes de facturation, la Régie a ajouté, au service de support aux agences, un comité formé de représentants des fournisseurs de services informatiques aux professionnels de la santé, dont l'objectif est de favoriser l'informatisation de la facturation. Au cours du présent exercice, 527 agences, qui se partagent la clientèle de 1 716 praticiens, ont été accréditées par la Régie.

Actuellement 39,6 % des dispensateurs de services assurés utilisent la facturation informatisée pour 48 % des demandes de paiement présentées à la Régie.

Au 31 mars 1989, le volume total des demandes de paiement transmises à la Régie par facturation informatisée se répartissait comme suit.

L'évaluation et le contrôle des opérations

La direction de l'Administration des programmes doit aussi contrôler la qualité de ses opérations. Ce contrôle, sous la responsabilité de la direction de l'Évaluation et du Contrôle des opérations, prend entre autres la forme de vérifications par échantillonnage statistique, extraction informatique, introduction de sondeurs (demandes de paiement de contrôle), suivi d'indicateurs de performance et réalisation d'études spéciales. Au cours de l'exercice 1988-1989, on a effectué 71 vérifications, introduit 1 231 sondeurs dans les systèmes et suivi 26 047 indicateurs de performance, actions qui ont respectivement donné lieu à la rédaction de 61, de 30 et de 52 rapports; 32 études spéciales ont aussi été effectuées.

Volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation informatisée

	Médecins		Pharmaciens		Dentistes		Optométristes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ruban magnétique	4 049 971	27,5	16 127 068	86,4	14 056	21,9	0	0	20 191 095	60,3
Télécommunication synchrone	997 067	6,8	22 337	0,1	0	0	0	0	1 019 404	3
Télécommunication asynchrone	9 050 396	61,4	58 514	0,3	4 823	7,5	0	0	9 113 733	
Disquette	631 446	4,3	2 446 904	13,1	45 196	70,5	18 078	100	3 141 624	9,4
Total	14 728 880	100	18 654 823	100	64 075	100	18 078	100	33 465 865	100

La direction du Contrôle des programmes

L'administration du régime d'assurance-maladie et celle des programmes qui est confiée à la Régie par d'autres ministères ou organismes nécessitent un ensemble de mécanismes de contrôle portant sur l'admissibilité des bénéficiaires, sur la conformité des honoraires demandés avec les services dispensés, ainsi que sur l'authenticité, la fréquence ou la pertinence des services payés par la Régie (voir Annexe 4 pour une description de ces mécanismes).

En plus des validations qui sont effectuées au cours du processus de traitement des demandes de paiement ou de remboursement, des contrôles s'exercent après le paiement.

Ces contrôles consistent en des analyses de profils de facturation des dispensateurs de services assurés, des sondages auprès des bénéficiaires, des vérifications et des enquêtes.

Au 31 mars 1989, le bilan des activités de contrôle s'établit comme suit.

Dans le cadre de la vérification de l'admissibilité des personnes inscrites à la Régie, 1 055 personnes ont été reconnues non admissibles, et la Régie leur a réclamé 76 559 $.

La Direction a examiné les profils de facturation de 414 médecins, 379 dentistes, 50 optométristes et 583 pharmaciens. Ont été retenus pour analyse plus poussée les profils de facturation de 328 médecins, 272 dentistes, 11 optométristes et 224 pharmaciens. De plus, 291 professionnels de la santé ont eu des entrevues avec des confrères de la Régie. Enfin, trois cas ont été soumis au Comité de révision des omnipraticiens, cinq au Comité de révision des spécialistes, trois au Comité de révision des dentistes et trois au Comité de révision des optométristes.

À la suite d'analyses de profils de facturation, la Régie a procédé à des réclamations de 18 199 $ auprès de 4 médecins omnipraticiens, de 40 876 $ auprès de 2 médecins spécialistes, de 20 503 $ auprès de 25 dentistes et de 153 372 $ auprès de 52 pharmaciens. Ces analyses ont porté, pour les médecins et les dentistes, sur différentes situations de non-conformité des honoraires demandés avec les services rendus et, pour les pharmaciens, principalement sur la situation de non-conformité du prix demandé pour certains médicaments avec leur prix réel d'acquisition.

La Direction a envoyé à des bénéficiaires 31 429 formulaires de vérification des services rendus pour leur demander de confirmer ou d'infirmer l'authenticité d'un ou de plusieurs services reçus d'un dispensateur de services assurés. Les bénéficiaires sont avisés de ne retourner ce formulaire que si la réponse est négative; le taux de retour a été de 0,07 %.

Par ailleurs, 222 dossiers d'enquêtes ont été ouverts au cours de l'année, s'ajoutant aux 137 dossiers en inventaire. Parmi ces 359 dossiers, 223 ont été fermés. Les principales situations qui ont fait l'objet d'enquêtes et de réclamations sont les examens avec déplacement, les examens subséquents, les examens dans les centres d'accueil, les rémunérations versées sous plusieurs modes et celles versées à des cadres dans des établissements, les orthèses et les prothèses fournies par des établissements et les demandes de remboursement par des bénéficiaires pour des services reçus hors du Canada.

La Régie a intenté 14 poursuites criminelles, dont 2 contre des pharmaciens, 1 contre un denturologiste et 11 contre des bénéficiaires.

À la suite d'enquêtes, une somme de 367 118 $ a été réclamée. Elle se répartit comme l'indique l'un des tableaux ci-dessous, qui fournit à des fins de comparaison des données pour les deux dernières années budgétaires.

Certains aspects des contrôles impliquent aussi la contribution d'autres organismes, soit les comités de révision et les ordres professionnels, qui ont le pouvoir d'examiner certaines matières. Deux des tableaux suivants indiquent le nombre de dossiers qui leur ont été soumis au cours des deux derniers exercices.

La Commission des affaires sociales est appelée à statuer sur les dossiers soumis par les professionnels de la santé qui se sentent lésés à la suite d'une décision rendue par la Régie dans les cas étudiés par les comités de révision. L'un des tableaux ci-dessous fournit les données pour 1988-1989.

Réclamations à la suite d'enquêtes (nombre et montants)

	1987-1988		1988-1989	
	N	$	N	$
Omnipraticiens	194	493 567	36	148 306
Spécialistes	29	678 424	14	107 354
Dentistes	5	27 730	3	26 952
Pharmaciens	3	17 832	2	1 485
Autres	3	17 197	3	83 021
Total	234	1 234 750[1]	58	367 118

1. En 1987-1988, la Régie a aussi réclamé une somme de 1 394 831 $ à un hôpital situé hors du Québec.

Recommandations des comités de révision (nombre et montants à recouvrer)

	1987-1988			1988-1989		
	N		$	N		$
	R	NR		R	NR	
Omnipraticiens	3	0	159 304	2	1	127 232
Spécialistes	5	3	77 525	2	0	80 513
Dentistes	0	2	0	1	1	84 185
Optométristes	0	0	0	1	0	78 327
Total	8	5	236 829	6	2	370 257

R: Avis de la Régie retenu. NR: Avis de la Régie non retenu.

Appels à la Commission des affaires sociales en 1988-1989

	Présentés	Décisions	Favorables à la Régie	Favorables au professionnel	Désistements	À l'étude
Omnipraticiens	0	0	0	0	2	7
Spécialistes	2	1	0	1	1	6
Dentistes	1	0	0	0	0	2
Optométristes	1	0	0	0	0	1

Dossiers soumis aux ordres professionnels (nombre)

	1987-1988	1988-1989
Médecins	18	11
Pharmaciens	1	2
Total	19	13

3.2.2 Les unités de gestion des ressources

La direction des Ressources humaines

Les priorités des années antérieures au chapitre du développement des ressources humaines sont demeurées le souci premier de la Direction. C'est ainsi que l'adaptation aux changements et aux nouveaux outils techniques, de même que la gestion de ces changements ont été privilégiées. Soulignons l'effort important consenti pour la formation du personnel à l'utilisation des méthodes de développement de systèmes informatisés dont la Régie s'est dotée. Des professionnels, des techniciens et quelques agents de bureau ont reçu cette formation. Le personnel d'encadrement a, pour sa part, poursuivi la démarche de développement dans laquelle il s'était déjà engagé. Les cadres supérieurs se sont mobilisés pour échanger sur les réalités organisationnelles de la Régie, plus particulièrement sur le thème «La concertation dans l'organisation».

Par ailleurs, la soixantaine d'agentes de secrétariat de la Régie se sont retrouvées parmi les clientèles cibles du plan de développement des ressources humaines en 1988-1989. Après consultation de ce groupe d'employées au début de l'exercice financier, le service du Développement organisationnel a mis sur pied, en août 1988, le Comité de développement des agentes de secrétariat, dont le rôle consiste essentiellement à promouvoir, par un programme de formation approprié, le développement de ces employées face à la gestion de leurs tâches. Comme ce comité a été créé spécifiquement pour elles, il a suscité leur intérêt, ce qui s'est reflété sur leur participation aux activités. Le programme se poursuivra au cours du prochain exercice financier.

La Direction a organisé à la Régie des cours intensifs de français et d'anglais, suivis par une soixantaine d'employés. Les premiers s'adressent à des auxiliaires en informatique et leur permettent d'améliorer la qualité de leur français dans les tâches qu'elles exécutent en tant que stagiaires en soutien administratif. Les seconds s'adressent à des employés qui, dans l'exercice de leurs fonctions, utilisent de la documentation spécialisée, assistent soit à des présentations, soit à des cours sur les outils technologiques ou ont à communiquer en anglais.

Au cours du dernier exercice financier, la Régie s'était engagée à oeuvrer dans le sens des orientations gouvernementales en matière d'égalité en emploi pour les femmes et à atteindre les objectifs qui lui avaient été assignés par le Conseil du trésor, en adoptant un programme spécifiquement applicable à la Régie.

Ainsi, au cours de l'exercice 1988-1989, la politique de congé pour études avec traitement a été modifiée de façon à privilégier l'octroi de congé aux femmes poursuivant des programmes d'études dans les domaines susceptibles d'offrir des débouchés, notamment ceux où il y a sous-représentation féminine. En 1988-1989, 47 femmes ont bénéficié de 78,2 % des 1 016,5 jours de congé pour études à temps partiel avec traitement accordés par la Régie.

Pour favoriser la progression des femmes dans leur carrière, la Direction a maintenu son service de counseling et soutenu par des interventions les femmes de la Régie qui se sont présentées à des concours. Le programme de stage en soutien administratif s'est poursuivi toujours dans le but de préparer les auxiliaires en informatique à exercer d'autres fonctions. Déjà, une dizaine d'auxiliaires ont été reçues à des concours de promotion à des postes d'agentes de secrétariat.

Dans le cadre des mécanismes de dotation, des efforts ont également été faits pour favoriser l'évolution professionnelle des femmes. Du 1er avril 1988 au 31 janvier 1989, 23 femmes appartenant à la catégorie personnel de bureau, techniciennes et assimilées ont bénéficié d'une promotion à l'intérieur de cette catégorie d'emplois alors que 6 femmes appartenant à cette même catégorie ont été promues professionnelles.

La Régie participe actuellement à une enquête consécutive à une plainte pour discrimination salariale à l'égard de certains corps d'emploi de professionnelles et professionnels.

Développement des ressources humaines

Répartition des jours-personnes	1988-1989
Par catégorie d'emplois	
Cadres	359,5
Professionnels	688,5
Fonctionnaires et ouvriers	1 901,5
Total	2 949,5
Par thème de développement	
Formation en gestion	207
Expertise professionnelle	188
Expertise en informatique	752,5
Autres champs	785,5
Congés pour études	1 016,5
Total	2 949,5

Certaines réalisations particulières dans le domaine de l'organisation administrative et de la gestion de l'effectif et des emplois sont, elles aussi, dignes de mention. Ainsi, en septembre 1988, la Régie a procédé à l'intégration de tous les agents de maîtrise et professionnels en situation de gestion dans la nouvelle classe des cadres intermédiaires. Dorénavant, l'ensemble du personnel d'encadrement de la Régie est réparti dans deux catégories: encadrement supérieur et encadrement intermédiaire. Au cours du dernier exercice, la Régie a en outre tenu des concours de promotion à la classe des spécialistes ou des chefs d'équipe, notamment dans le domaine de l'informatique.

Par ailleurs, la structure administrative de la Régie a subi certaines modifications en raison des changements apportés à la direction des Systèmes.

Dans le but de faciliter à ses employés l'adaptation à ses nouveaux appareils, la Régie a mis en place un programme les incitant à se procurer un micro-ordinateur. Une quarantaine d'employés ont bénéficié des avantages pécuniaires offerts par ce programme, qui cadre parfaitement avec le plan de développement des ressources humaines. Ces avantages consistent dans le remboursement des intérêts d'un emprunt ou celui d'un montant leur permettant de réduire le coût d'acquisition de leur équipement.

Le Comité de santé et sécurité au travail du siège de la Régie en est à sa deuxième année d'activité et sept réunions ont eu lieu. Un tel comité sera également mis sur pied au cours de la prochaine année à notre bureau de Montréal.

Pour résoudre le problème des atteintes inflammatoires des membres supérieurs (tendinites) chez les préposées à la saisie des données, l'équipement sera complètement changé (table de travail, porte-copie, matériel et logiciel informatiques, etc.). Le Comité s'est associé au D.S.C. du Centre hospitalier de l'Université Laval (C.H.U.L.) et à celui de l'hôpital du Saint-Sacrement afin de mesurer l'impact de ce changement d'équipement. Par ailleurs, le groupe de travail formé de préposées et dont le mandat était la prise en charge par les intéressées de mesures préventives susceptibles de diminuer, sinon d'enrayer les tendinites, a remis son rapport. Celui-ci a été accepté et un vidéo interne a été produit. Il traite des attitudes des préposées et des gestionnaires à l'égard du problème et de celles qui l'éprouvent. Toutes les intéressées et tous les gestionnaires ont participé à un exercice de groupe sur le sujet.

La recherche menée avec la collaboration du C.H.U.L., sur l'évaluation de l'impact sur la vue du travail à la console de visualisation, s'est poursuivie. Plus de 600 de nos employés y travaillant plus de 15 heures par semaine ont subi à nouveau un examen approfondi. Le traitement statistique des diverses mesures effectuées jusqu'à maintenant devrait donner des résultats intéressants au cours de la prochaine année.

Notre politique de promotion de la pratique de l'activité physique a porté ses fruits. En effet, après environ huit ans d'interventions assidues, il y a (selon les saisons) entre 40 et 45 % des employés qui pratiquent une activité physique de type aérobic, deux fois ou plus par semaine alors que la moyenne canadienne n'est que légèrement supérieure à 20 %.

Outre les habituelles évaluations du mobilier de bureau et du matériel informatique, le secteur de santé et sécurité au travail doit procéder de plus en plus souvent à des évaluations de l'adaptation des logiciels aux personnes qui les utilisent, en particulier dans des secteurs de production, dans le but de l'améliorer.

Le remplacement des chaises et des fauteuils pivotants a été une occasion, cette année, de sensibiliser les gestionnaires et les employés à l'importance d'une bonne posture assise.

Depuis quelques années, les maux de dos sont responsables d'environ 25 % des absences pour cause d'accident de travail dans notre organisation. Nous avons donc amorcé une évaluation ergonomique des manutentions afin de corriger ou d'atténuer les facteurs de risques observés et mesurés. Déjà une session de formation sur les techniques de levage a été donnée à l'ensemble des employés dont la tâche comporte des manutentions.

L'interdiction de fumer dans tous les locaux de la Régie est en vigueur depuis le 1er février 1989. Quatre fumoirs pourvus d'une ventilation adéquate ont été aménagés pour les fumeurs dans l'édifice du 1125, chemin Saint-Louis. Des sessions de cours ont été offertes à ceux et celles qui désiraient arrêter de fumer.

Le programme d'aide aux employés (P.A.E.) a permis à 67 employés de se prévaloir des services d'aide personnelle et individuelle. Des consultations de groupe ont bénéficié à 37 autres employés et 3 gestionnaires ont également fait appel aux services offerts dans le cadre de ce programme. Au total, 117 personnes ont profité de ce programme, qui vise à favoriser, chez les employés se trouvant dans une situation conflictuelle et confuse, l'utilisation de leurs ressources créatrices pour s'en sortir et contribuer au développement et à l'efficacité de l'organisation.

Vu l'intérêt manifesté par les employés, les autorités de la Régie ont décidé de poursuivre la tradition d'une fête annuelle qui leur permet de reconnaître les efforts déployés par le personnel au cours de l'année et de renforcer son sentiment d'appartenance à l'organisme.

La direction des Ressources financières et matérielles

Les immeubles

Amorcée au cours du dernier exercice financier, la révision des normes qui servent à déterminer l'espace dévolu à chaque catégorie de postes de travail, a été achevée. Cette révision était devenue essentielle à cause de l'avènement de la bureautique et de la multiplication de l'équipement informatique; des changements technologiques ont modifié passablement la nature et les méthodes de travail des employés. Dans l'attribution des aires de travail, la Direction a aussi tenu compte, dans la mesure du possible, des normes actuellement en vigueur dans les autres organismes gouvernementaux. Ces nouvelles normes sont appliquées graduellement, soit au fur et à mesure que des réaménagements d'unités administratives sont requis.

En cours d'année, la Régie a procédé au remplacement d'une bonne partie des fauteuils et chaises des employés. Ce mobilier datait des débuts de la Régie, soit d'il y a une vingtaine d'années. Les qualités ergonomiques du mobilier choisi sauront combler les attentes des employés.

L'équipement informatique

La Régie a augmenté sa puissance de traitement de l'information en transformant son ordinateur central Amdahl 5890, modèle 300 en modèle 600 et en ajoutant une unité de 64 mégaoctets de mémoire à l'unité de 128 déjà installée dans l'ordinateur central. Cet ajout de puissance constitue la dernière étape de l'évolution du plan quinquennal établi lors d'une étude des besoins en traitement réalisée en 1985.

La capacité d'emmagasinage des données s'est accrue de 15 % par l'ajout de deux unités de disques de 7,5 gigaoctets chacun. De plus, la capacité de traitement atteint maintenant 75 millions d'instructions par seconde. D'autre part, la Régie a procédé au remplacement de deux de ses contrôleurs de disques par des unités de technologie récente, lesquelles permettent un accès plus rapide aux données emmagasinées.

Dans le domaine des postes de travail, 47 terminaux conventionnels et 40 micro-ordinateurs ont été acquis en cours d'année; on compte maintenant 918 postes informatisés, dont 676 terminaux reliés à l'ordinateur central, 96 appareils de traitement de textes et 145 micro-ordinateurs, dont 99 sont aussi reliés à l'ordinateur central. De plus, en fin d'exercice, la Régie a fait l'acquisition de 2 mini-ordinateurs et de 68 postes de saisie de données pour remplacer ceux en service depuis 1977, car leur coût d'entretien était devenu prohibitif.

Les recouvrements des tiers responsables

La révision de la partie du système de recouvrement des tiers responsables, notamment celle relative aux fonctions de gestion des dossiers, sera terminée en juin prochain. Cette partie du système viendra se greffer à celle ayant trait à la détection des cas potentiels, implantée au cours du dernier exercice.

Au cours de 1988-1989, une somme de 2 391 942 $ a été recouvrée pour un total de 1 697 réclamations.

La direction des Systèmes

La direction des Systèmes a continué d'assurer au cours de l'exercice une progression importante des technologies de l'information à la Régie.

L'entretien des systèmes

L'entretien des systèmes opérationnels et administratifs (plus de 3,3 millions de lignes de code) a continué d'accaparer l'énergie et l'attention de la grande majorité des employés de la Direction.

Les nombreuses ententes conclues avec les professionnels de la santé et les modifications à celles-ci ont entraîné des changements importants et coûteux dans les systèmes de traitement et de paiement.

Le développement de nouveaux systèmes

Le développement du système Gestion des tables de validation historique a été complété et on a procédé à son implantation au cours de l'année.

La première partie du système Tierce responsabilité a également été mise en place.

La Direction a mis au point et établi un système électronique qui permet le stockage sur support magnétique ainsi que le repérage et la consultation à l'aide d'une console de visualisation de documents qui étaient jusqu'ici microfilmés.

Par ailleurs, on effectue actuellement:

- La refonte du système Paiement;
- Le développement de la seconde partie du système Tierce responsabilité;
- La mise au point du système Développement des systèmes, qui vise à fournir aux professionnels de l'informatique des outils pour les aider à concevoir et à développer des systèmes.

La consultation électronique des rapports informatiques

La consultation à l'aide de consoles de visualisation des rapports produits par l'ordinateur central et conservés sur support magnétique continue de progresser. Le pourcentage des rapports ainsi accessibles représente maintenant 53 % de l'ensemble des rapports informatiques (contre 40 % en 1987-1988). La possibilité d'avoir un accès plus aisé et plus rapide aux rapports les plus récents comme aux plus vieux facilite la tâche aux utilisateurs. Ce moyen permet de réaliser de notables économies d'impression, de papier et de manipulation.

3.2.3 Les unités de soutien

La direction du Contentieux et du Secrétariat

Sur le plan juridique, les activités les plus importantes se rapportent toujours aux dossiers de nature litigieuse, particulièrement en matière de droit administratif.

Le service Juridique a par ailleurs continué de conseiller la Régie sur les questions ayant une incidence juridique et de l'éclairer sur les problèmes d'applicabilité des amendements apportés aux ententes avec les professionnels de la santé. Il a élaboré un projet d'amendement à la *Loi sur l'assurance-maladie* et contribué à la préparation d'un projet de loi visant à intégrer les ententes internationales en matière de sécurité sociale dans le contexte législatif québécois.

En 1988-1989, la Direction a fourni le service de secrétariat pour les 9 réunions du Conseil d'administration, de même que les 2 réunions du Comité de vérification, les 38 réunions du Comité de régie interne et les 8 réunions du Comité de contrôle de l'application des programmes. D'autre part, les comités de révision institués en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* ont tenu 70 réunions.

L'application de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*

Au cours de l'année, la Régie a conclu quelques ententes sur l'échange de renseignements avec différents organismes et a également proposé des modifications législatives aux fins de permettre exceptionnellement la divulgation de certains renseignements à des ministères et organismes, le tout dans le cadre de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ces modifications ont été adoptées par l'Assemblée nationale en décembre 1988.

Par ailleurs, à titre de responsable désigné en vertu de la *Loi sur l'accès*, le secrétaire de la Régie a reçu 27 demandes d'accès à des renseignements nominatifs ou à des documents. Les décisions ont fait l'objet de deux demandes de révision à la Commission d'accès à l'information.

Le système intégré de gestion des documents

Le système intégré de gestion des documents administratifs vise à permettre à la Régie d'assumer adéquatement les obligations imposées par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur les archives*, tout en améliorant nettement l'efficacité de l'ensemble de ses activités reliées à la gestion des documents.

L'essai du prototype sur le site administratif choisi s'est déroulé en 1988. Il a démontré l'atteinte des objectifs au point de vue de l'intégration des documents au système et de leur accessibilité. Ces résultats ont amené la Régie à poursuivre le développement du système et à préparer son implantation dans tout l'organisme.

À l'été 1988, les besoins de délestage du système ont été définis: il est prévu d'en faire la programmation et le test en 1989. La mise au point de cette fonction permettra à la Régie d'appliquer son calendrier de conservation en faisant passer les documents qui ne sont plus actifs au stade semi-actif ou inactif. Ce dernier stade prévoit soit la destruction des documents soit leur versement aux Archives nationales conformément à la *Loi sur les archives*.

Depuis l'automne 1988, la Régie a entrepris les préparatifs devant permettre l'implantation du système dans tout l'organisme. Les procédures du système ont été revues à la lumière de l'expérience acquise lors de l'essai du prototype. L'organisme a entrepris l'élaboration du plan de classification de l'information qu'elle détient, grâce auquel les usagers pourront enregistrer ou repérer leurs documents. Ce plan servira également de structure pour l'élaboration du calendrier de conservation. L'organisme a aussi commencé à déterminer dans quelles unités administratives le système sera implanté en premier, selon qu'elles sont touchées ou non par de l'information à usage interne et devant être traitée en priorité.

Ce projet est susceptible d'intéresser plusieurs ministères et organismes gouvernementaux puisque la gestion documentaire est une préoccupation commune et que le système a la particularité de gérer à la fois les documents sur papier et sur support informatique.

La direction de la Planification stratégique

Le suivi de la réalisation du plan d'action 1986-1989 a continué d'être une activité majeure au cours du dernier exercice. Les rapports hebdomadaires et trimestriels ont permis à la haute direction de suivre l'évolution du plan d'action et de prendre les décisions appropriées relativement aux orientations majeures et aux impacts budgétaires des projets conçus pour le réaliser.

L'autre activité principale a été la préparation du plan stratégique 1989-1992. La Direction a élaboré, mis en place et coordonné l'ensemble du processus. La méthode de travail adoptée, et qui est décrite à la page 57, a impliqué la préparation et l'animation de plusieurs réunions de réflexion regroupant les membres du Comité de régie interne. Elle a aussi comporté la formation et l'animation de 14 groupes de réflexion composés de cadres supérieurs, de cadres intermédiaires ainsi que de professionnels et d'un nombre égal de comités restreints constitués de membres du Comité de régie interne. L'opération a nécessité, outre l'élaboration des textes approuvés par le Comité de régie interne, celle de documents de travail et de documents de synthèse, et la participation de 92 personnes, qui ont pris part à deux groupes de réflexion. On a finalement établi un plan de réalisation du plan stratégique.

Le service des Communications

Au cours de l'exercice financier, le service des Communications a maintenu et amélioré les moyens permettant d'offrir à toutes les unités administratives de la Régie une assistance technique en matière d'audiovisuel, de même qu'une expertise professionnelle dans les domaines du graphisme, de la révision linguistique, de la terminologie, de la traduction et des relations publiques.

En plus d'accueillir de nombreux visiteurs au siège de la Régie, le Service a pu, grâce à une collaboration avec la direction des Services à la clientèle, présenter les activités de la Régie et les programmes qu'elle administre aux citoyennes et citoyens de Québec, de Montréal et de Gaspé. Très appréciés, ces contacts avec la clientèle permettent de mieux faire connaître l'organisme tout en offrant la possibilité aux bénéficiaires de faire effectuer très rapidement des modifications à leur inscription.

La parution des *Statistiques annuelles 1987*, de la série des *Abrégés des statistiques 1987* et du *Rapport annuel 1987-1988* s'est poursuivie. À ces ouvrages réguliers, il faut ajouter les communiqués, les chroniques et les divers articles produits pour répondre à des besoins particuliers. Le *Bloc-Notes*, journal interne de l'organisme rédigé et publié par le Service, a bénéficié du soutien de la direction des Ressources humaines pour continuer à jouer son rôle.

Le service de l'Évaluation des systèmes de gestion

Au cours de l'année, le service de l'Évaluation des systèmes de gestion a consacré une part importante de ses travaux à l'évaluation de la fonction «traitement et paiement des demandes de paiement». Cette tâche fut orientée plus spécifiquement vers l'évaluation et l'expérimentation d'un tableau de bord permettant de mettre en lumière les principales causes à l'origine des demandes de révision, des rejets de validation et des demandes d'assistance technique.

Les volets portant sur les demandes de révision et sur les rejets de validation étaient achevés au 31 mars 1989. Les résultats obtenus ont permis de mettre en évidence la faisabilité d'un tel tableau de bord, de même que son utilité pour éclairer les gestionnaires dans la recherche des moyens d'agir sur les principales causes des demandes de révision et des rejets de validation.

Le volet portant sur les causes des demandes d'assistance technique est présentement en cours de réalisation.

Enfin, comme chaque année, le Service a effectué un suivi trimestriel des recommandations qui proviennent de ses rapports, de celles qui figurent dans le rapport du Vérificateur général, ainsi que dans les rapports ayant suivi la réalisation des projets de développement informatique.

3.2.4 La performance

Pour remplir son mandat, la Régie s'est fixé des objectifs portant, entre autres, sur la rationalisation de ses ressources humaines, informationnelles, matérielles et financières.

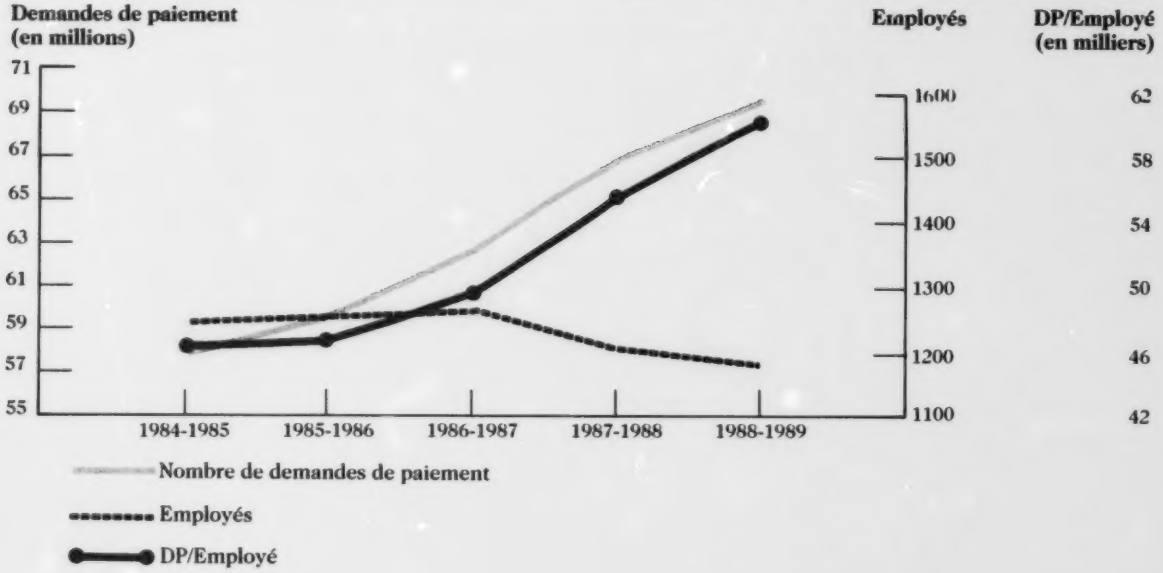
En 1988-1989, elle a continué à prêter une attention particulière au développement de l'organisation par la mise sur pied de nouveaux programmes de formation des employés, l'introduction ou l'amélioration d'outils de gestion, le développement et la modification des systèmes informatiques et de l'équipement.

Tout en tenant compte des ressources investies au cours des dernières années dans la réalisation du plan de développement informatique, la productivité a continué à augmenter. Son taux de croissance s'établit en effet à 6,4 % en moyenne depuis 1984-1985.

Comme on peut le voir aux graphiques 10 et 11, le nombre de demandes de paiement et de remboursement traitées par employé progresse sans cesse, tandis que les frais d'administration par demande de paiement se maintiennent toujours à moins d'un dollar.

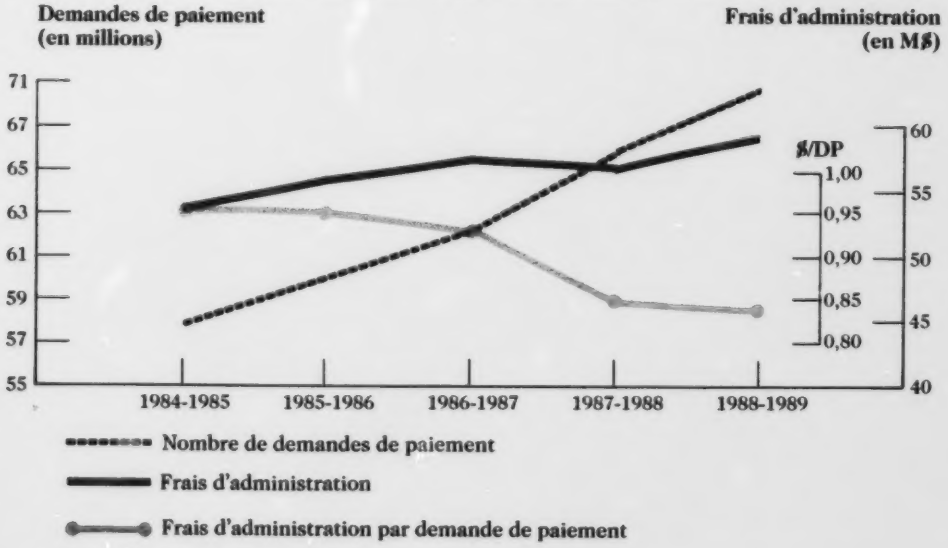
Graphique 10

Demandes de paiement traitées



Graphique 11

Frais d'administration par demande de paiement



3.2.5 Le plan d'action 1986-1989

En avril 1986, comme le plan stratégique 1983-1986 était échu, la Régie a mis en vigueur un plan d'action destiné à orienter et à définir les mesures qu'elle entendait prendre au cours des trois années à venir pour améliorer sa performance. Ce plan se termine avec le présent exercice financier.

En continuité avec le plan stratégique précédent, le plan d'action 1986-1989 comporte sept objectifs généraux, dont cinq reliés aux programmes et deux reliés aux ressources. Dix-huit objectifs stratégiques se greffent à ces objectifs généraux, dont dix aux premiers et huit aux seconds. Soixante et un projets ont été identifiés à l'origine pour assurer l'atteinte des objectifs stratégiques.

À mi-chemin de sa durée, soit à l'automne 1987, le plan d'action a été révisé, vu que certains projets étaient terminés et que l'évolution de l'environnement tant externe qu'interne justifiait l'ajout de nouveaux projets et l'abandon de certains autres. Cette évolution a même nécessité l'ajout de quelques projets en dehors de l'exercice de révision de mi-étape. Ainsi, aux 61 projets identifiés dans le plan originel, 12 se sont ajoutés par la suite.

Au 31 mars 1989, sur ces 73 projets, 30 sont terminés, 11 sont en voie de réalisation, 12 ont été annulés parce qu'ils n'étaient plus adaptés au contexte et 20 sont reportés au prochain plan stratégique.

De ces 20 projets, 11 sont très fortement interdépendants. Ils concernent tous l'emmagasinage et l'exploitation des données à usage interne sur les services facturés à la Régie et de données connexes. La mise en oeuvre de ces projets implique trois conditions: des décisions d'orientation importantes, la justification des coûts qu'ils entraîneront et la disponibilité des fonds requis.

On peut donc constater que sur les 61 projets maintenus, les deux tiers sont réalisés ou en voie de l'être, l'autre tiers étant reporté à la période 1989-1992.

3.2.6 L'élaboration du plan stratégique 1989-1992

La période couverte par l'actuel plan d'action se terminant à la fin de l'exercice en cours, un nouveau plan stratégique a été élaboré pour les trois prochains exercices. Entreprise au printemps 1988, sa préparation s'est effectuée en plusieurs étapes.

Après avoir établi les orientations et les objectifs du plan stratégique comme outil de gestion et de la méthode suivie dans sa préparation, le Comité de régie interne a révisé la formulation de la mission de la Régie ainsi que la définition des grandes fonctions qui en découlent. Il a ensuite établi quelles orientations générales seraient données à l'accomplissement de ses fonctions, à la gestion de ses ressources et à sa culture organisationnelle. Le projet d'entreprise est issu de la réunion de ces orientations.

Afin de déterminer les stratégies à retenir pour les trois prochaines années, la Direction a consulté les cadres et les professionnels par le biais de groupes de réflexion mixtes. Après examen des propositions de ces groupes par des comités restreints de directeurs, le Comité de régie interne a approuvé les stratégies retenues.

Finalement, le Conseil d'administration a approuvé le plan stratégique 1989-1992 à sa réunion de mars 1989.

Satisfaire ses clientèles, améliorer l'efficience de ses ressources et utiliser de façon optimale le potentiel de tout son personnel, voilà le projet d'entreprise de la Régie. Il s'énonce ainsi: **agir à tous les niveaux en vue de la satisfaction du client, au moindre coût, par l'innovation et la concertation**. Pour les trois prochaines années, les actions de la Régie seront orientées selon les quatre grands axes du projet, que l'on concrétisera grâce à 16 stratégies.

Neuf d'entre elles touchent l'accomplissement des fonctions de notre organisme. Elles visent essentiellement à l'amélioration du service aux diverses clientèles en plus de l'optimisation de l'application des programmes. Six autres concernent la gestion des ressources et tendent à l'amélioration de leur efficience et de leur flexibilité tandis que la dernière, relative à la culture organisationnelle, a pour but de modifier les attitudes et les comportements du personnel de façon à ce qu'ils reflètent les grands axes du projet d'entreprise de la Régie et ses préoccupations au sujet des stratégies adoptées pour imprimer à l'accomplissement de ses fonctions et à la gestion de ses ressources les orientations souhaitées.

Annexe 1

Description sommaire des programmes

A- Programmes administrés par la Régie en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Services médicaux – déterminés par la loi – pour tous les bénéficiaires – pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er novembre 1970 1er février 1986	Fonds des services de santé Commission de la santé et de la sécurité du travail
Services optométriques – déterminés par règlement – pour tous les bénéficiaires, sauf examen d'orthoptique pour les 16 ans ou moins	1er novembre 1970	Fonds des services de santé M.M.S.R.[1] pour les B.A.S.[2]
Services de chirurgie buccale – déterminés par règlement – pour tous les bénéficiaires	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
Services dentaires – déterminés par règlement – pour les enfants – pour les bénéficiaires de l'aide sociale	 1er mai 1974 9 avril 1979	 Fonds des services de santé M.M.S.R.
Médicaments et services pharmaceutiques – déterminés par règlement – inscrits sur la liste de médicaments – pour les bénéficiaires de l'aide sociale – pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à l'aide sociale – pour les 65 ans ou plus – pour les personnes de 60 à 64 ans, dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de sécurité de la vieillesse	 1er août 1972 1er octobre 1975 1er octobre 1977 1er octobre 1985	 M.M.S.R. Fonds des services de santé Fonds des services de santé Fonds des services de santé
Prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements – déterminés par règlement – pour les personnes handicapées	1er juillet 1975	Fonds des services de santé M.M.S.R. pour les B.A.S.
Prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements – déterminés par règlement – pour les personnes handicapées	1er juillet 1975	Fonds des services de santé M.M.S.R. pour les B.A.S.
Aides visuelles – déterminées par règlement – pour les handicapés visuels • de moins de 36 ans • de 36 ans ou plus et ayant déjà une aide prêtée • de 36 ans ou plus, étudiant ou travaillant et n'ayant jamais eu d'aide prêtée	 1er décembre 1978 23 septembre 1981 8 septembre 1984	 Fonds des services de santé

1. Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu.
2. Bénéficiaires de l'aide sociale.

A- Programmes administrés par la Régie en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Services de planification familiale – déterminés par règlement	1er octobre 1987	Fonds des services de santé
Aides auditives – déterminées par règlement – pour les handicapés auditifs • de moins de 18 ans, affectés d'une déficience d'au moins 25 décibels • de moins de 36 ans, affectés d'une déficience d'au moins 25 décibels et étudiant au post-secondaire ou à l'enseignement aux adultes • de moins de 36 ans, affectés d'une déficience d'au moins 35 décibels • dont la Régie a déjà assumé le coût des services alors qu'ils avaient moins de 36 ans	22 août 1979	Fonds des services de santé M.M.S.R. pour les B.A.S.
Bourses de recherche – déterminées par règlement – pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
Bourses d'études – déterminées par règlement – pour des étudiants en médecine – en échange de services futurs dans des territoires où il y a pénurie de médecins – pour les résidents en médecine familiale	11 juin 1975 20 novembre 1985	Fonds des services de santé

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Prothèses mammaires externes pour les bénéficiaires ayant subi une mastectomie totale ou radicale	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.[1]-R.A.M.Q.
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les bénéficiaires ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 778-81
Appareils fournis aux stomisés permanents – remboursement d'un montant compensatoire annuel de 300 $ à tous les bénéficiaires – remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux bénéficiaires de l'aide sociale	1er avril 1981	 Fonds des services de santé M.M.S.R.[2]	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 780-81
Services hospitaliers fournis dans une province à des résidents d'une autre province admis ou traités à la consultation externe	1er octobre 1981	Recouvrements de la province où se trouve le domicile	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 1405-87
Prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale	9 avril 1979	M.M.S.R.	Accord M.M.S.R.-R.A.M.Q. AC-3112-79
Aides pour les handicapés auditifs de plus de 36 ans qui bénéficient de l'aide sociale	2 juillet 1980	M.M.S.R.	Accord M.M.S.R.-R.A.M.Q. Décret 1751-80
Rémunération des médecins résidents et des internes	3 septembre 1978	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 2000-78 Décret 1263-82 Décret 1146-87
Patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques auxquels sont fournis des médicaments non inscrits sur la liste	1er janvier 1983	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 691-83 Décret 2678-83
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1er septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q.
Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	17 août 1988	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 1230-88

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
2. Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu.

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
La Régie administre deux autres programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services			
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant conclu un accord avec la Régie et versé une prime	1er novembre 1976	Prime payée par les ressortissants étrangers	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. AC-3770-76 Décret 3221-80 Décret 1786-82 Décret 2547-82 Décret 608-83
Tierce responsabilité visée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*	29 octobre 1975	Recouvrement des tiers responsables	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. AC-4836-75 Décret 3220-80 Décret 2547-82 Décret 609-83

Les services médicaux

Le programme de services médicaux s'adresse à tous les résidents du Québec. Il comprend les services préventifs, diagnostiques, curatifs et de réadaptation rendus par les médecins à leur cabinet, à domicile ou dans les établissements et ceux qui sont rendus par les médecins dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Les services optométriques

Le programme de services optométriques est accessible à tous les résidents du Québec. Il couvre les examens de la vision, les examens spécifiques (l'orthoptique étant réservée aux moins de 16 ans), les recommandations faites aux bénéficiaires et la prescription d'un traitement, s'il y a lieu.

Les services dentaires

Les services dentaires se répartissent comme suit:

- Un *programme de chirurgie buccale* qui s'adresse à tous les résidents du Québec; les services doivent être donnés dans un centre hospitalier par un dentiste, spécialiste ou non;

- Un *programme de services dentaires* pour les jeunes de moins de 16 ans et pour les personnes de tout âge qui sont admissibles à l'aide sociale depuis au moins six mois; les services doivent être donnés par un dentiste, spécialiste ou non;

- Un *programme de prothèses dentaires* pour les personnes qui sont admissibles à l'aide sociale depuis au moins six mois; les services peuvent être donnés soit par un dentiste, spécialiste ou non, soit par un denturologiste.

Les services dentaires

Programmes	Bénéficiaires	Services assurés
Chirurgie buccale[1]	Tous	Examens, consultations, radiographies, ouverture d'urgence de la chambre pulpaire, services de chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les enfants	0-11 ans	Examens, consultations, radiographies, obturations, couronnes, traitement de la pulpe, traitement de canal sur dent permanente, services de chirurgie, y compris l'ablation de dents et de racines.
	12 ans	Les mêmes que ci-dessus plus enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure.
	13-15 ans	Examens, consultations, radiographies, enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure, services de chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale[2]	Tous	Mêmes services que pour les enfants de 12 ans ou moins, sauf le traitement de canal sur dent permanente et l'application topique de fluorure à moins qu'ils y aient droit en vertu du programme de services dentaires pour les enfants. Le détartrage pour les 16 ans ou plus.
Prothèses dentaires pour les bénéficiaires de l'aide sociale[2]	Tous	Une prothèse complète ou partielle par maxillaire tous les cinq ans. Réparation, regarnissage et remplacement des prothèses à certaines conditions.

1. Dans les centres hospitaliers seulement.
2. À condition d'être admissible à l'aide sociale depuis six mois.

Les médicaments et les services pharmaceutiques

Le programme de médicaments et de services pharmaceutiques s'adresse aux bénéficiaires de l'aide sociale, à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus et aux personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent l'allocation de conjoint en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et qui, sans cette allocation, auraient droit à l'aide sociale. Il s'adresse également à toutes les personnes de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de sécurité de la vieillesse. Il couvre les médicaments et les services fournis par un pharmacien, sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pourvu que ces médicaments soient inscrits sur une liste dressée par la ministre de la Santé et des Services sociaux, sur la recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie.

Par ailleurs, une procédure, dite *du médicament d'exception*, permet à des bénéficiaires d'obtenir, si le prescripteur en fait la demande à la Régie, certains médicaments utilisés à des fins thérapeutiques particulières et déterminés par règlement.

Un autre programme, dit *des patients d'exception* et administré par la Régie pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, vise à fournir des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste lorsque la gravité et la chronicité de la maladie, de même que le coût du traitement, imposent au bénéficiaire un fardeau financier difficilement acceptable et risquent d'entraîner son hospitalisation.

Les prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements

Le programme de prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements s'adresse aux personne handicapées. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des prothèses et des appareils qui sont déterminés par règlement et qui suppléent une déficience ou une difformité physique.

Les aides visuelles

Le programme d'aides visuelles s'adresse à certaines conditions aux handicapés visuels qui ont l'âge déterminé par règlement et à ceux qui ont besoin de ces aides pour travailler ou pour étudier. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité qui sont inscrites sur la liste des aides assurées. Certaines personnes admissibles au programme ont également droit à des accessoires et au remboursement d'une partie des frais d'acquisition d'un chien-guide et à une allocation annuelle pour son entretien.

Les aides auditives

Le programme d'aides auditives s'adresse à certaines conditions aux handicapés auditifs qui ont l'âge déterminé par règlement ainsi qu'aux bénéficiaires de l'aide sociale. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des appareils auditifs intra-auriculaires, contour d'oreille, sur lunettes et de corps qui figurent sur la liste des aides auditives approuvées par le gouvernement et auxquelles ont droit les personnes admissibles, à raison d'un appareil par oreille. Selon certaines modalités, le programme couvre également, pour chaque appareil, le coût des accessoires: embouts, harnais et pochettes; les piles sont fournies seulement lors de l'attribution d'une aide auditive.

Les prothèses mammaires externes

Le programme de prothèses mammaires externes s'adresse à toutes les personnes qui ont subi une mastectomie totale ou radicale et couvre une partie des frais d'achat de deux prothèses mammaires externes par sein, par période de deux ans.

Les appareils fournis aux stomisés permanents

Le programme d'appareils fournis aux stomisés permanents est destiné à toute personne qui a subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanentes. Il consiste en une allocation couvrant une partie des frais d'acquisition d'appareils et d'accessoires. Ces frais sont payés en totalité pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

Les prothèses oculaires

Le programme de prothèses oculaires s'adresse à toutes les personnes qui ont subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent. Il consiste en une allocation couvrant en partie l'achat et l'ajustement d'une prothèse oculaire par oeil par période de cinq ans, ainsi qu'une allocation annuelle pour réparation ou entretien.

Les bourses d'études et de recherche

En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, la ministre de la Santé et des Services sociaux peut accorder à des étudiants en médecine des bourses d'études payées par la Régie selon les modalités fixées dans le *Règlement d'application*. En échange, les boursiers acceptent de fournir des services assurés dans des territoires et pour une période fixés par la ministre. Par ailleurs, un programme de bourses de recherche est administré par le Fonds de la recherche en santé du Québec, dans lequel la Régie transfère chaque année une somme pouvant représenter jusqu'à 0,4 % du total des montants versés aux professionnels de la santé à titre de rémunérations pendant l'exercice financier précédent.

Les services hospitaliers reçus hors du Québec

Les services hospitaliers reçus hors du Québec mais au Canada sont couverts en entier conformément aux ententes interprovinciales. Le programme de services hospitaliers reçus hors du Canada couvre uniquement et en partie seulement les services hospitaliers qui découlent d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence.

Par contre, la Régie paie en entier l'hospitalisation hors du Canada des personnes dont l'état de santé nécessite des services médicaux qui ne sont pas disponibles au Québec. Ces personnes doivent au préalable obtenir l'autorisation de la Régie.

Les services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces

Le programme de services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces et des territoires prévoit le paiement par la Régie des services couverts par l'assurance-hospitalisation et fournis dans les établissements du Québec à des personnes domiciliées dans d'autres provinces ou dans les territoires du Canada; en retour, ceux-ci défraient les services fournis à des Québécois dans leurs établissements. La province où les services sont fournis récupère de la province d'origine du patient les sommes que lui ont coûté ces services.

L'admissibilité au régime

Selon les dispositions générales de la *Loi sur l'assurance-maladie*, est bénéficiaire du régime d'assurance-maladie toute personne domiciliée au Québec lorsque la loi l'autorise à être ou à rester au Canada et qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente (sauf si elle est un touriste, si elle est de passage au Québec ou y est un visiteur) et qui, en outre, est dûment inscrite à la Régie. Lorsqu'une personne est déclarée admissible, la Régie lui délivre une carte d'assurance-maladie valide pour une période déterminée et la renouvelle automatiquement à son expiration si la personne demeure admissible.

D'autre part, sont admissibles au régime d'assurance-maladie les ressortissants étrangers et les personnes à leur charge qui:

- Séjournent au Québec dans le cadre d'un programme d'échanges agréé par le gouvernement du Québec et un gouvernement étranger, en vertu d'une entente conclue entre la ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre des Affaires internationales;

- Sont titulaires d'un certificat d'acceptation délivré par le ministre des Communautés culturelles et de l'Immigration et qui séjournent au Québec soit temporairement pour y travailler, soit en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages du ministère de l'Éducation ou du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science.

Les ressortissants étrangers au service d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec ou au service d'un organisme gouvernemental reconnu par la ministre de la Santé et des Services sociaux sont également admissibles au régime à la condition qu'ils travaillent au Québec et qu'ils aient signé un accord avec la ministre. Ils paient alors les primes individuelles ou familiales, telles que fixées par le gouvernement.

Les ressortissants étrangers inscrits à la Régie en vertu des dispositions précédentes reçoivent une carte d'assurance-maladie pour la durée de leur admissibilité au régime.

Une personne cesse d'être admissible au régime lorsqu'elle:

- Quitte le Québec pour s'établir dans un autre pays et ce, à compter de la date de son départ;

- Quitte le Québec pour s'établir dans une autre province et ce, à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée dans cette province;

- Conserve une résidence à l'extérieur du Québec, à moins de démontrer qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente pendant au moins 183 jours par année;

- Séjourne hors du Québec pendant plus de douze mois et ce, à compter du dernier jour du douzième mois suivant la date de son départ du Québec sauf s'il s'agit d'un étudiant inscrit dans un établissement reconnu, d'un stagiaire non rémunéré dans un établissement, une institution ou un organisme reconnus, d'un fonctionnaire du gouvernement du Québec en poste à l'extérieur du Québec ou d'une personne employée par un organisme sans but lucratif ayant son siège au Canada et travaillant à l'étranger dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par la ministre de la Santé et des Services sociaux;

- Séjourne hors du Québec et s'y établit avant la fin du douzième mois qui suit la date de son départ du Québec.

Les ententes avec les professionnels de la santé

La ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'approbation du gouvernement, conclut des ententes avec les différentes fédérations et associations de professionnels de la santé, soit: la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, l'Association des optométristes du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ainsi que la Fédération des médecins résidents et des internes du Québec. Ces ententes fixent le cadre normatif de l'exercice des professions de santé au regard du régime, de même que les dispositions relatives à la rémunération des praticiens. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à leur application.

Le statut des professionnels de la santé

Selon la *Loi sur l'assurance-maladie*, les praticiens peuvent choisir l'un des trois statuts suivants: professionnel de la santé soumis à une entente, désengagé (sauf les pharmaciens) ou non participant.

Le professionnel de la santé soumis à une entente exerce dans le cadre du régime et il est rémunéré par la Régie au tarif fixé par l'entente.

Le professionnel de la santé désengagé exerce hors du cadre du régime, mais accepte d'être rémunéré au tarif fixé par l'entente. Ses patients se font rembourser le montant des honoraires par la Régie et le paient ensuite.

Le professionnel de la santé non participant exerce hors du cadre du régime. Il fixe lui-même ses honoraires, qui sont entièrement à la charge du patient, celui-ci ne pouvant obtenir de remboursement de la Régie.

Les modes de rémunération

Divers modes de rémunération des praticiens sont en vigueur dans les ententes actuelles: la rémunération à l'acte, à salaire ou à honoraires fixes, à la vacation, à l'unité et les honoraires forfaitaires.

La rémunération à l'acte est largement utilisée dans le cas des services médicaux et dentaires et constitue le seul mode de rémunération des services optométriques et des services pharmaceutiques.

Les services rémunérés à la vacation ou à salaire sont de nature différente. En effet, la vacation est principalement destinée aux médecins omnipraticiens et aux dentistes qui exercent dans le cadre des programmes de santé communautaire, aux anesthésistes exerçant en région éloignée ainsi qu'aux omnipraticiens lorsqu'ils fournissent des services dans certaines circonstances particulières, par exemple à l'intérieur du système de visites d'urgence hors des établissements dans la région du Montréal métropolitain, dans certains centres d'accueil d'hébergement, dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques, etc. En fait, la vacation consiste en une période de travail de trois heures, payée à un tarif donné. Le salariat, appelé aussi *honoraires fixes*, s'applique aux médecins et aux dentistes occupant un poste à temps plein (35 heures par semaine) ou à demi-temps (17 heures et demie par semaine) dans un établissement où ce type de rémunération est en vigueur, comme les centres locaux de services communautaires, les départements de santé communautaire et plusieurs départements de psychiatrie. Les services que rendent les résidents et les internes en établissement hospitalier dans le cadre de leur formation sont aussi rémunérés par un salaire.

La rémunération à l'unité s'applique à certains services offerts en milieu hospitalier, telles les analyses de laboratoire.

Le *per diem*, la demi-journée et le tarif horaire constituent les trois modes de tarification des honoraires forfaitaires.

Le *per diem* sert de base pour établir les tarifs d'honoraires des médecins exerçant une spécialité dans un département clinique d'un établissement hospitalier désigné par la ministre. Les tarifs d'honoraires des spécialistes en santé communautaire attachés à un D.S.C. peuvent aussi être fondés sur ce forfait journalier. Le *per diem* correspond à au moins sept heures de travail, effectuées en deux tranches d'une demi-journée, en semaine sauf les jours fériés.

La tarification d'honoraires à la demi-journée est applicable aux médecins spécialistes travaillant en santé communautaire et attachés à un D.S.C. pour leurs assignations d'appoint dans un autre département. Cette tarification est basée sur une tranche de trois heures et demie de travail continu. Un seul forfait d'une demi-journée est payable dans une journée et pas plus de sept, dans une semaine.

Enfin la tarification horaire des honoraires est facultativement employée pour certaines prestations de soins fournies par des spécialistes. Ce sont les suivantes: [illegible] que ou le laboratoire dans un établissement hospitalier désigné par la ministre ou dans un établissement pour malades mentaux, l'exercice de la pneumophtisiologie dans un centre de traitement des malades pulmonaires chroniques, la clinique dans certaines unités de soins ou cliniques de médecine organisées pour la prise en charge de malades dont l'état est exceptionnel, l'exercice d'une spécialité médicale dans un C.L.S.C., un centre d'accueil ou un établissement hospitalier de soins de longue durée ainsi que les prestations que fournit un médecin spécialiste en santé communautaire ou un médecin spécialiste conseil attaché à un D.S.C. Cette tarification est établie sur une tranche horaire de travail continu, effectuée en semaine.

Il est à noter que, dans le cas des médicaments et des prothèses, la rémunération du dispensateur de services assurés couvre à la fois le coût du bien lui-même et le coût des services professionnels.

La rémunération différenciée et les autres mesures incitatives

Pour remédier au problème de l'insuffisance de médecins dans les régions éloignées et isolées du Québec, la ministre de la Santé et des Services sociaux, par un arrêté ministériel publié dans la *Gazette officielle*, désigne, après consultation des organismes représentant les professionnels de la santé, les territoires qu'elle estime insuffisamment pourvus de praticiens. Dans le but de mieux répartir ces derniers sur l'ensemble du territoire du Québec, un système de rémunération différenciée est mis en place. Les honoraires payés aux médecins sont augmentés ou réduits pour une période donnée en fonction du territoire, du lieu d'exercice et du type d'activité professionnelle.

C'est ainsi que la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes qui s'installent dans les territoires où il y a pénurie de praticiens a été fixée respectivement à 115 % et à 120 % de la rémunération de base prévue dans les ententes. Par contre, les nouveaux omnipraticiens ou spécialistes qui s'installent dans des régions déjà bien pourvues touchent 70 % de la rémunération de base pour les trois premières années d'exercice de leur profession.

Par ailleurs, d'autres mesures incitatives ont été introduites dans les ententes. Elles consistent dans le versement de primes d'éloignement ou d'isolement et le remboursement de frais de déménagement, de ressourcement et de sorties.

Annexe 4

Les mécanismes de contrôle

L'administration des programmes du régime d'assurance-maladie et de ceux qui sont confiés à la Régie par d'autres ministères ou organismes nécessite un ensemble de mécanismes de contrôle portant sur l'admissibilité des bénéficiaires, sur la conformité des honoraires demandés avec les services dispensés et sur l'authenticité, la fréquence ou la pertinence des services payés par la Régie.

Au cours du processus de traitement des demandes de paiement, diverses validations sont effectuées afin de vérifier la conformité des données avec les exigences de la loi, des règlements, des ententes et des accords. Elles ont trait notamment aux bénéficiaires, aux dispensateurs de services assurés, aux services eux-mêmes et aux honoraires demandés. Elles consistent essentiellement en la traduction, dans les systèmes informatiques, des diverses dispositions de la loi, des règlements, des ententes et des accords, et elles permettent de s'assurer entre autres que:

- Les bénéficiaires sont admissibles;
- Les dispensateurs de services ont le droit d'être rémunérés;
- Les services dont le paiement est demandé sont assurés;
- Les honoraires demandés correspondent aux tarifs et aux règles d'application afférentes;
- Les services n'ont pas déjà été payés (double facturation);
- Les honoraires n'ont pas été payés plus d'une fois pour le même service à des professionnels différents;
- Les services ne sont pas inclus dans d'autres services dont le paiement a déjà été demandé ou qui ont déjà été payés.

Ces validations peuvent donner lieu à des annulations, ou à des refus de paiement, ou encore à des rectifications des honoraires demandés ou déjà payés.

Les mécanismes de contrôle qui entrent en jeu après le paiement complètent la vérification de la conformité des services rendus avec les honoraires demandés et permettent en plus de s'assurer de leur authenticité, d'en apprécier la fréquence ou la pertinence.

Selon les résultats obtenus, diverses mesures peuvent être prises en fonction du type d'irrégularité.

L'admissibilité des bénéficiaires

On vérifie l'admissibilité:

- Lorsqu'il y a un doute sur l'admissibilité de la personne qui s'inscrit;
- Au cours du processus de traitement des demandes de paiement présentées par les professionnels de la santé et par les autres dispensateurs de services assurés;
- Lorsque le bénéficiaire demande le remboursement du coût des services assurés qu'il a reçus au Québec ou hors du Québec;
- Pour s'assurer que les bénéficiaires ont conservé leur statut de personnes qui résident au Québec.

Lorsqu'une personne est déclarée non admissible et que la Régie a fait des paiements pour elle au cours de la période où elle n'était pas admissible, on effectue une étude du dossier en vue de recouvrer de cette personne les sommes dues. La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires contre les personnes qui ont obtenu ou reçu sciemment le bénéfice de services auxquels elles n'avaient pas droit.

La conformité

La conformité est l'adéquation entre les honoraires demandés et la nature des services dispensés. Le contrôle consiste en des analyses de profils de facturation qui peuvent être complétées soit par des entrevues avec les bénéficiaires ou les dispensateurs de services assurés dont le dossier est étudié, soit par des enquêtes. S'il est prouvé que les honoraires demandés ne correspondent pas aux services fournis, la Régie procède à des rectifications d'honoraires par compensation ou autrement s'ils ont été payés, ou elle refuse de les payer.

Les praticiens peuvent formuler un grief, qui est tranché par le Conseil d'arbitrage.

La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires, soit sommaires, soit criminelles.

L'authenticité

La vérification de l'authenticité consiste à s'assurer auprès des bénéficiaires que les services dont un professionnel de la santé ou un autre dispensateur de services assurés demande le paiement ou qui lui ont été payés ont réellement été rendus.

La Régie procède par sondages auprès de la clientèle et aussi par vérification des plaintes dont elle peut être saisie. En cas de déclaration de services non reçus, un nouveau sondage est fait auprès d'autres clients de ce professionnel de la santé ou de cet autre dispensateur de services assurés et une recherche plus poussée peut mener à une entrevue avec celui-ci ou à une enquête; les deux sont parfois nécessaires.

Si, après enquête, la Régie conclut notamment que les services payés n'ont pas été rendus, qu'ils ont été faussement décrits ou que le professionnel de la santé ne les a pas fournis lui-même, elle peut recouvrer les sommes payées en trop, par compensation ou autrement. Il appartient alors au praticien de prouver devant le tribunal compétent que la décision de la Régie est non fondée. Des poursuites judiciaires peuvent être intentées. Dans la majorité des cas, elles le sont en vertu de la *Loi sur les poursuites sommaires*, et les amendes sont versées au Fonds consolidé du Revenu; les autres poursuites sont intentées en vertu du Code criminel. Dans ce dernier cas, si le professionnel de la santé plaide coupable ou est reconnu coupable de l'accusation portée contre lui, la Régie doit, dès que le jugement définitif est prononcé, émettre une ordonnance écrite aux termes de laquelle ce praticien est considéré comme non participant au régime pour une période de six mois s'il s'agit d'une première infraction ou de douze mois s'il s'agit d'une nouvelle infraction.

Les dispensateurs de services assurés autres que les professionnels de la santé peuvent faire l'objet de recouvrements des sommes payées en trop ou de poursuites en justice. La Régie peut également mettre fin à l'accord qu'elle a conclu avec des dispensateurs de services assurés.

La fréquence ou la pertinence

Le contrôle de la fréquence ou de la pertinence permet de s'assurer que les services fournis aux bénéficiaires étaient requis du point de vue de la médecine, de l'optométrie, de l'art dentaire ou de la pharmacie selon le cas et que, par conséquent, ils n'ont pas été fournis plus fréquemment que nécessaire ou dispensés de façon abusive.

Pour ce faire, la Régie constitue des profils individuels de pratique à partir des données de facturation. Ces profils comportent, entre autres, les éléments suivants:

- Le coût total des services rendus;
- Le coût moyen par bénéficiaire;
- Le nombre moyen d'actes par bénéficiaire;
- La fréquence de certains actes spécifiques;
- Le coût moyen des actes;
- La répartition des bénéficiaires selon le sexe et l'âge.

Le profil de chaque professionnel de la santé est comparé au profil du groupe auquel il appartient, ce qui permet de l'évaluer par rapport à celui de ses confrères exerçant dans des conditions semblables.

Mécanismes de contrôle

Aspect	But	Forme	Mesure	Recours des professionnels de la santé
Conformité	Adéquation entre honoraires demandés et services dispensés	–Profils de facturation –Entrevues avec • les bénéficiaires • les dispensateurs de services assurés ou enquêtes auprès d'eux –Études de situations	–Recouvrement des honoraires payés –Refus de payer –Messages –Poursuites en justice	Griefs
Authenticité	Confirmation de la prestation des services	–Sondages –Entrevues avec • les bénéficiaires • les dispensateurs de services assurés ou enquêtes auprès d'eux –Études de situations	–Recouvrement des honoraires payés –Refus de payer –Poursuites en justice	Griefs ou recours devant le tribunal compétent
Fréquence ou pertinence	Justification des services du point de vue de – la médecine – l'art dentaire – l'optométrie – la pharmacie	–Profils de pratique –Entrevues avec les professionnels –Transmission au comité de révision pour avis en cas de profil irrégulier –Études de situations	–Recommandation du comité de révision –Décision de la Régie	Appel à la Commission des affaires sociales

Message du président 4

Chapitre premier

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE 7

1.1 Le statut juridique de la Régie 7

1.2 Le rôle et les fonctions de la Régie 8

1.3 Le Conseil d'administration de la Régie 9

1.4 Le Comité de vérification de la Régie 9

Chapitre 2

LES DONNÉES FINANCIÈRES 11

2.1 Les sources de financement de la Régie 11
2.1.1 Le Fonds des services de santé 11
2.1.2 Le gouvernement du Québec 12
2.1.3 La Commission de la santé et de la sécurité du travail 12
2.1.4 Les autres provinces 12
2.1.5 Les autres sources 12

2.2 Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1989 14

2.3 Le coût des programmes administrés par la Régie de 1984-1985 à 1988-1989 (en k $) 20

2.4 Les frais d'administration 25

Chapitre 3

L'ADMINISTRATION 27

3.1 L'organisation 27
3.1.1 La structure administrative 27
3.1.2 Les comités constitués par le président-directeur général 29
Le Comité de régie interne 29
Le Comité de contrôle de l'application des programmes 29
3.1.3 L'effectif 31

3.2 La gestion 32
3.2.1 Les unités de gestion des programmes 32
La direction du Développement administratif des programmes 32
La direction de l'Administration des programmes 36
La direction du Contrôle des programmes 45
3.2.2 Les unités de gestion des ressources ... 48
La direction des Ressources humaines 48
La direction des Ressources financières et matérielles 50
La direction des Systèmes 51
3.2.3 Les unités de soutien 52
La direction du Contentieux et du Secrétariat 52
La direction de la Planification stratégique 53
Le service des Communications 54
Le service de l'Évaluation des systèmes de gestion 54
3.2.4 La performance 55
3.2.5 Le plan d'action 1986-1989 57
3.2.6 L'élaboration du plan stratégique 1989-1992 57

Annexe 1

Description sommaire des programmes 59

Annexe 2

L'admissibilité au régime 67

Annexe 3

Les ententes avec les professionnels de la santé 69

Annexe 4

Les mécanismes de contrôle 71

LISTE DES TABLEAUX

Actif et passif au 31 mars 1989 15

Coût et financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé le 31 mars 1989 16

Le coût des programmes administrés par la Régie de 1984-1985 à 1988-1989 (en k$) 20

Structure administrative supérieure 30

État de l'effectif régulier au 31 mars 1989 31

Normalisation 35

Modifications apportées au fichier des bénéficiaires 37

Revendicateurs du statut de réfugiés politiques 37

Entente Québec-Danemark 37

Entente Québec-Finlande 37

Entente Québec-France 38

Entente Québec-Norvège 38

Entente Québec-Suède 38

Services aux bénéficiaires 38

Professionnels de la santé 39

Autres dispensateurs de services assurés 40

Services aux dispensateurs de services assurés ... 40

Dossiers d'expertise professionnelle 41

Nombre de demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés selon le mode de rémunération 42

Nombre de demandes de remboursement ou de paiement soumises par les bénéficiaires et les établissements hospitaliers 43

Nombre de demandes de remboursement relatives aux mesures incitatives 43

Volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation informatisée 44

Réclamations à la suite d'enquêtes (nombre et montants) 46

Recommandations des comités de révision (nombre et montants à recouvrer) 47

Appels à la Commission des affaires sociales en 1988-1989 47

Dossiers soumis aux ordres professionnels (nombre) 47

Développement des ressources humaines 49

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 Sources de financement de la Régie en 1988-1989 13

Graphique 2 Répartition du coût des programmes en 1988-1989 21

Graphique 3 Services médicaux 21

Graphique 4 Services dentaires 22

Graphique 5 Médicaments et services pharmaceutiques 22

Graphique 6 Prothèses 23

Graphique 7 Bourses et primes 23

Graphique 8 Services hospitaliers 24

Graphique 9 Évolution des frais d'administration de 1984-1985 à 1988-1989 25

Graphique 10 Demandes de paiement traitées 56

Graphique 11 Frais d'administration par demande de paiement 56

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec

Imprimé au Québec, Canada